

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1907, à 1 heure

PAR

Roger PASTEAU

ÉTUDE

SUR

La Pleurésie purulente du Sommet

Président : M. ALBARRAN, professeur

*Juges { MM. LE DENTU, professeur
RIEFFEL, agrégé
MORESTIN, agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. ALBARRAN

Professeur de Clinique des Maladies des Voies urinaires
Chirurgien de l'hôpital Necker.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS GUYON,
HUTINEL, KIRMISSON, ALBARRAN, GAUCHER

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
QUÉNU, MAYGRIER, WALTHER, LAUNOIS

MESSIEURS LES DOCTEURS MICHAUX,
PORAK, BARTH, POTHERAT,
MOUTARD-MARTIN, DUFOUR, MUSELIER,
DARIER, QUEYRAT

Médecins et chirurgiens des hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS CH. LEROUX,
RÉCAMIER, REDARD, VANVERTS

Hommage de reconnaissance.

ETUDE SUR
LA
Pleurésie purulente du Sommet

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer et de suivre une pleurésie purulente localisée au sommet et qui se termina par la guérison après plusieurs interventions chirurgicales, je fus amené à faire des recherches sur la question ; je pus ainsi me convaincre qu'il s'agissait d'une maladie assez rare, dont les exemples sont difficiles à rencontrer dans la littérature médicale française ou étrangère au milieu de la masse considérable des observations de pleurésies purulentes qui ont été rapportées.

Ultérieurement, mon maître et ami, le Dr Vanverts (de Lille), en ayant observé lui aussi un nouveau cas, je songeai à faire de ce travail le sujet de ma thèse.

De patientes recherches m'ont permis d'en rassem-

bler douze observations, et c'est d'après l'étude détaillée de chacune d'elles que je voudrais esquisser un travail d'ensemble sur la pleurésie purulente du sommet.

Dans un premier chapitre d'*anatomie pathologique*, j'étudierai la *topographie et la nature des lésions* en m'attachant surtout aux détails qui peuvent expliquer la localisation de l'affection au sommet de la cavité thoracique et donner des indications sur la thérapeutique qu'il convient de choisir.

Dans un deuxième chapitre d'*étiologie*, je montrerai quelles sont les causes qui permettent de comprendre la formation de la pleurésie du sommet.

Dans un troisième chapitre de *clinique*, je verrai ce qu'on doit retenir des symptômes et de la marche de l'affection.

Dans un dernier chapitre de traitement, me basant sur l'étude des observations, je montrerai ce qu'il faut attendre du traitement médical, des ponctions ou des interventions chirurgicales plus étendues.

Après les *conclusions*, je citerai in-extenso, les observations que j'ai pu recueillir dans la littérature française ou étrangère ainsi que les deux nouvelles observations inédites qui ont été le point de départ de ce travail.

Je terminerai par un *index bibliographique* exact des travaux qui se rapportent directement à l'étude des pleurésies purulentes du sommet, laissant de côté bien entendu les innombrables indications bibliographiques qui ont trait aux autres cas de pleurésie.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Anatomie pathologique

Les pleurésies purulentes occupent généralement une portion assez étendue de la cavité pleurale. Dans d'autres cas plus rares, elles se trouvent localisées dans une partie de cette cavité ; on leur donne alors le nom de *pleurésies purulentes partielles ou enkystées*.

Parmi ces dernières le pus peut se trouver situé entre la face inférieure du poumon et le diaphragme : c'est la *pleurésie diaphragmatique*. Il peut se trouver localisé à la face interne du poumon : c'est la *pleurésie médiastine* (antérieure ou postérieure). Il peut se trouver localisé au fond d'un sillon qui sépare deux lobes dans le même poumon : c'est la *pleurésie interlobaire*. Il peut être enfin enkysté à la face externe du poumon par des adhérences étendues de la face externe du poumon à la face interne de la plèvre costale : c'est la *pleurésie purulente costale* qu'on peut rencontrer sur toute la hauteur de

la cage thoracique. Mais parmi ces dernières pleurésies enkystées il semble qu'on doive décrire comme une forme à part la pleurésie, rare d'ailleurs, qui se trouve localisée tout au *sommet de la plèvre*, au niveau du dôme pleural et qui recouvre plus ou moins le sommet du poumon. Cette « pleurésie purulente du sommet » présente, en effet, au point de vue clinique et diagnostique, des caractères absolument particuliers. C'est elle que nous avons en vue exclusivement ici ; nous étudierons successivement la paroi de la poche et ses rapports avec les parties voisines, puis son contenu.

Il est bon de distinguer pour faire une étude plus claire, d'une part, la paroi inférieure, d'autre part, la paroi supérieure.

A. — *Paroi inférieure*. — La paroi inférieure est constituée par le poumon refoulé sous la pression de l'épanchement purulent. Ce poumon est maintenu tout au pourtour à la face interne de la plèvre pariétale par des adhérences qui empêchent le pus de fuser plus bas. Il forme ainsi une paroi épaisse, indurée, résistante, de consistance inégale, sclérosée par place, plus mollasse en d'autres points, recouverte de fausses membranes plus ou moins épaisses, irrégulières, et qui, dans les lésions anciennes, peuvent former comme des couches stratifiées.

1^o *Etude de la paroi de la poche*

On peut trouver également à ce niveau un ou

plusieurs orifices arrondis ou irréguliers, déchiquetés, qui font communiquer la cavité purulente avec les bronches, d'où les vomiques que nous aurons à signaler au chapitre de clinique. C'est en particulier ce qui est rapporté dans les observations V (Comby), VI (de Cérenville), X (Bézy et Bauby), XI (Carrière et Vanverts).

B. — *Paroi supérieure.* — La paroi supérieure est constituée par le dôme pleural et la partie toute supérieure de la plèvre pariétale lorsque l'épanchement est suffisamment abondant.

Si on se rapporte à la constitution anatomique de la région, on voit donc que la paroi supérieure est limitée en avant, mais plus encore en dehors et en arrière, par la paroi costale. En effet le sommet de la plèvre s'élève en avant au-dessus de la première côte de 3 à 5 centimètres (Cruveilhier). Bien plus, chez un sujet à thorax bien conformé, debout et respirant paisiblement, on peut admettre avec Pansch que le sommet du poumon déborde la clavicule de 1 à 3 centimètres (A. Nicolas).

Le cul-de-sac supérieur de la plèvre se trouve donc logé à la partie inférieure du creux sus-claviculaire dans un espace limité en arrière par la colonne vertébrale, en dehors et en avant par la première côte, en dedans par la trachée et l'œsophage ; il forme là comme une calotte qui est maintenue dans sa position par un ensemble de trousseaux musculaires et ligamenteux bien décrits par Deville, Bourgery, Zuckerkandl et, plus récemment,

par Sébilleau sous le nom de ligament transversopleurale (muscle petit scalène de Winslow et Albinus), ligament costo-pleural, ligament vertébro-pleural. Entre le ligament vertébro-pleural en dedans et le costo-pleural en dehors existe une sorte de fossette qui se trouve donc située en haut et en arrière du cul-de-sac pleural ; cette *fossette sus-rétro-pleurale* remplie par du tissu cellulo-adipeux où sont noyés quelques ganglions lymphatiques peu volumineux se trouve traversée par l'artère intercostale supérieure ainsi que le troisième ganglion cervical du grand sympathique et ses branches anastomotiques.

L'artère vertébrale passe un peu en dedans. L'artère sous-clavière, la veine sous-clavière et, plus en avant et en bas, l'artère mammaire interne à son origine se mettent également en rapport étroit avec le cul-de-sac supérieur de la plèvre. — De même la dernière paire cervicale et la première dorsale se trouvent tout au voisinage de la plèvre à ce niveau.

Ces détails anatomiques sont importants pour comprendre certains symptômes et certaines complications que nous aurons à étudier ultérieurement.

D'ailleurs, dans les cas de pleurésie purulente, alors que la plèvre est tomenteuse, irrégulière, épaissie, tendue par une pression intra-pleurale plus forte, ces rapports deviennent en quelque sorte plus immédiats encore et plus importants qu'à l'état normal.

Au niveau de la calotte pleurale on peut trouver comme sur la paroi inférieure des orifices qui permettent au pus de fuser dans les parties voisines, tel

l'exemple qui nous est fourni par les observations IX (Lambotte) et XII (personnelle) où le pus s'était fait jour dans le tissu cellulaire sous-cutané à travers un espace intercostal, en donnant tous les caractères de l'empyème de nécessité.

Pour être complet, nous signalerons enfin, qu'on peut rencontrer parfois une lame de poumon dense ou même abcédé qui peut rester adhérent sur une portion de la paroi. C'est ce qui est constaté dans l'observation XI (Carrière et Vanverts) où il existait une poche purulente intra-pulmonaire derrière la portion antérieure des premières côtes et qui communiquait profondément avec la cavité purulente pleurale proprement dite.

Dans une observation de Danesi (obs. IV) il existait de même une sorte de colonne de tissu pulmonaire qui traversait horizontalement la poche pleurétique. Cette colonne était comme formée de deux cônes réunis par le sommet, et allait du poumon vers le milieu de la troisième côte. Recouverte d'une néomembrane bien organisée, elle était formée en son centre de tissu pulmonaire induré.

2° Etude du contenu de la poche

Le pus contenu à l'intérieur de la cavité varie d'aspect, suivant les cas et la nature des éléments microbiens qu'il contient. Nous n'insisterons pas outre mesure sur ces détails qui n'ont rien de particulier ici et qui trouveraient mieux leur place dans une étude

sur les pleurésies purulentes en général. Nous dirons seulement que rarement ce pus est bien lié, de consistance égale ; le plus souvent il n'est pas homogène et contient des débris plus ou moins volumineux, des lambeaux de fausses membranes détachés de la paroi et qui s'opposent à l'évacuation facile de toute la cavité, soit par une ponction simple, soit par l'intermédiaire d'une fistule bronchique.

La flore bactérienne est donc absolument variable et nous trouvons notés :

OBS. VII (Rispal). — Bacille encapsulé de Fridländer constaté par cultures et inoculations.

OBS. VIII (Moizard). — Diplocoque encapsulé dont la culture sur gélose et l'inoculation à la souris donnent les caractères du pneumocoque.

OBS. X (Bézy et Bauby). — Streptocoques ; staphylocoques ; coli-bacilles ; microbes très allongés des pleurésies putrides.

OBS. XI (Carrière et Vanverts). — Diplocoques ; streptocoques ; tétragènes.

La quantité de liquide n'est ordinairement pas très abondante ; néanmoins si on laisse l'affection livrée à elle-même par trop longtemps, la quantité de pus peut augmenter notablement et même rapidement (obs. V, Comby). Dans un cas (obs. IX, Lambotte) il s'écoula ainsi près d'un demi-litre de pus ; dans un autre (obs. VIII, Moizard) trois quarts de litre.

Un fait important à noter est la tendance de la pleu-

résie à fuser plutôt du côté du médiastin (obs. VIII, Moizard).

Nous ne voulons pas terminer sans faire remarquer qu'en outre des lésions pleurales que nous avons signalées au sommet pour aider à la localisation de l'épanchement purulent, il peut exister encore *d'autres poches pleurales* séreuses ou purulentes en d'autres endroits de la même plèvre. Dans l'observation IV de Danesi, déjà citée, il existait ainsi quatre loges, dont une à la base du thorax et deux autres plus haut situées.

Les *lésions pulmonaires* qui accompagnent la pleurésie purulente du sommet sont variables. Le poumon dans son ensemble peut être refoulé en arrière (obs. VIII, Moizard), en dedans (Andral) ou être entouré de tous côtés par le pus qui le coiffe (obs. VI, de Cérenville), (obs. VII, Rispal). — Il peut être transformé en un bloc plus ou moins solide, traversé par des bronches déformées et présenter des lésions de pneumonie, de sclérose, de tuberculose ou de gangrène pulmonaire, sur lesquels il n'est pas nécessaire d'insister plus longtemps.

CHAPITRE II

Etiologie

La localisation de la pleurésie à la partie supérieure de la cavité thoracique est rare. Les traités classiques la citent à peine, sans y insister d'ailleurs. En passant en revue tout ce que nous avons trouvé de publié sur cette question, il nous reste fort peu d'indications.

Laënnec (1) déclare qu'il a quelquefois trouvé au niveau du sommet des pleurésies circonscrites fort peu étendues. L'épanchement n'était que d'une à deux cuillerées et partout ailleurs le poumon restait adhérent.

Ziemssen cite également *un cas* où la ponction donna 1.500 grammes de liquide.

Aran (2) en connaissait *deux observations* dans la science.

1. Laënnec. *Traité de l'auscultation médicale*. Edition de la Faculté, 1879.

2. Aran. *Gaz. des hôp.*, 21 août 1860, p. 390.

Cependant Burney Yeo (1) attira l'attention sur les aspects cliniques d'une forme de pleurésie qu'il croyait non décrite jusqu'alors : une inflammation pleurale localisée au sommet et sans lésion pulmonaire sus-jacente.

Il s'agissait le plus souvent de trouvailles d'autopsie, alors que la clinique avait tout laissé passer inaperçu. L'auteur décrivit la marche et les caractères de la maladie avec des observations à l'appui et expliqua ce que doit être à son avis le traitement.

Puis Stanley Cornell (2) en 1891 insista à nouveau sur le sujet en rapportant une demi-douzaine d'observations de pleurésie localisée dans la région scapulaire.

Toujours il s'agissait d'épanchements non purulents ; il en est de même encore dans les observations suivantes :

Andral (3). — Epanchement pleurétique du sommet gauche avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses ; mélanose pulmonaire, mort. Autopsie.

Andral. — Epanchement pleurétique du sommet droit résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente.

Guinon (4). — Pleurésie chronique du sommet droit, troubles circulatoires secondaires, mort. Autopsie.

1. Burney Yeo. « Sur la pleurésie du sommet ». *British med. journ.*, 25 août 1877, p. 250.

2. Stanley Cornell. « The frequent localization of circumscribed pleuritis beneath the scapulæ. » *N.-Y. med. Record*, 11 avril 1891, p. 417.

3. Andral. *Clinique médicale*, t. II.

4. Guinon. *Bull. de la Soc. anat.*, nov., 1887.

Si les épanchements séreux du sommet sont rares, les épanchements purulents le sont également et les observations sont difficiles à réunir.

Langlois dans sa thèse en 1895 en rapporte un cas observé chez Moizard à l'hôpital des Enfants-Malades et n'en trouve alors cité dans la littérature qu'un autre cas de Rispal (1) de Toulouse.

Carrière et Vanverts dans leur mémoire de 1907 n'en réunissent que cinq observations dont une personnelle et quatre autres de Bouvier (2), de Cérenville (3), Lambotte (4), Bézy et Bauby (5).

Nous avons pu nous-même ajouter à cette liste en plus d'une observation personnelle les cas de Saint-Philippe (6), Rivet (7), Danési (8), Comby (9).

Sans doute, il en existe d'autres observations, mais elles n'ont pas été publiées en détail. Netter (10), par exemple, écrit : « Nous avons observé *un cas* de pleurésie purulente à pneumocoques occupant le sommet de la poitrine, il existe un certain nombre de faits de ce genre » et ailleurs il ajoute : « La

1. Rispal. *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 15 déc. 1894.

2. Bouvier. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 1864, p. 141.

3. De Cérenville. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886.

4. Lambotte. *Ann. Soc. méd. d'Anvers*, 1896.

5. Bézy et Bauby. *Arch. de méd. des enfants*, 1901, p. 30.

6. Saint-Philippe. *Journ. de méd., Bordeaux*, 1878, p. 60.

7. Rivet. *Th. Paris*, 1880.

8. Danesi. *Imparziale*, 1881, n° 11.

9. Comby. *France méd.*, 1885, p. 601.

10. Netter in Grancher, Comby et Marfan. *Maladies de l'Enfance*, t. IV, p. 297.

pleurésie le plus souvent consécutive à une pneumonie débute et présente des lésions prédominantes au niveau de la partie du poumon affectée par la pneumonie. On comprend ainsi la fréquence relative des pleurésies du sommet dont nous avons rencontré *un cas* des plus nets. »

Peut-être serait-on en droit d'ajouter à la liste des cas de pleurésie purulente du sommet, trois autres observations rapportées par Graves (1) dans ses Cliniques sous le nom d'abcès péri-pneumoniques et deux autres de Stokes citées par Graves également ; mais nous ne les avons pas trouvées suffisamment nettes pour qu'on soit en droit de les classer sous le nom de pleurésies proprement dites.

Bref, de toute cette discussion, il résulte qu'on connaît actuellement douze cas nets de pleurésies purulentes du sommet et sur lesquels on peut étudier la marche clinique de la maladie et en discuter le traitement.

C'est qu'en effet *des conditions toutes spéciales sont nécessaires pour la localisation de l'épanchement pleural au sommet.*

Il faut que des adhérences établissent une limite entre la partie supérieure de la plèvre et le reste de sa cavité. Ces adhérences peuvent être de date récente et formées avant l'épanchement proprement dit : c'est ce qui arrive par exemple au cours d'une

1. Graves. *Leçons de clinique médicale*, traduction Jacoud, t. II, 1863, p. 70 et suiv.

pneumonie du sommet qui sera suivie ultérieurement d'une pleurésie localisée à la région.

Elles peuvent se constituer au cours même d'une pleurésie de la grande cavité pour isoler le sommet de la plèvre où se localisera le pus, comme dans l'observation de Danési.

Elles peuvent enfin dater d'une maladie antérieure comme cela est si net dans l'observation de Comby, où, dix ans auparavant, une pleuropneumonie double avait laissé à sa suite des douleurs pleurodyniques : « Ne faut-il pas, dit Comby, avec raison, faire intervenir ici l'existence d'adhérences anciennes, reliquat de cette pleuropneumonie que nous avons trouvée dans les antécédents du malade, adhérences qui ne sont pas rares chez les arthritiques et qui expliqueraient les accès pleurodyniques éprouvés autrefois par le malade. »

On peut d'ailleurs étudier de plus près encore les causes qui localisent l'épanchement au sommet, soit en arrière, soit en avant du poumon.

Pour expliquer la situation de l'épanchement du sommet à la partie antérieure du thorax, il n'est pas toujours besoin d'attribuer ce fait à la production d'adhérences pleurales, car cela peut être dû, comme l'a montré Brodier, aux modifications de la congestion pulmonaire sous-jacente. « Dans ces cas, le liquide s'accumule d'abord à la partie postérieure ; puis le poumon hyperémié et plus lourd est entraîné par son propre poids sous l'influence du décubitus dor-

sal adopté par le malade vers la paroi postérieure du thorax ; il refoule et maintient ainsi secondairement le liquide à la partie antérieure ».

Parfois même, la congestion pulmonaire peut s'effacer avant la résorption de l'exsudat, le sommet du poumon diminue de volume et de densité ; il tend à surnager dans le liquide et à gagner la paroi thoracique antérieure. L'épanchement se déplace alors de nouveau et vient reprendre sa position première à la partie postérieure par une sorte de bascule.

Ceci dit, *sous l'influence de quelles maladies se développe la pleurésie purulente du sommet ?* L'étude des observations démontre que parmi les causes ordinaires, il faut citer la pneumonie du sommet (obs. V Comby ; VII Rispal ; VIII, Moizard, Netter) (1), bien qu'il soit « rare d'observer une pleurésie enkystée du sommet dans le discours d'une pneumonie franche » (Comby) ; l'abcès et la gangrène du poumons (obs. I, Bouvier et V, Carrière et Vanverts) ; enfin la tuberculose pulmonaire dont la localisation au sommet est si fréquente.

Dans ces cas mêmes la pleurésie purulente du sommet peut passer presque inaperçue, comme un épiphénomène sans grande importance, à côté de la lésion primitive, qu'elle soit due au bacille de Koch lui-même ou plus souvent encore à des microbes d'association secondaire.

1. Netter, *loc. cit.*

On peut encore enfin rencontrer la pleurésie purulente du sommet comme localisation secondaire d'une infection générale (obs. X, Bézy et Bauby) sous forme d'*abcès pleural*.

CHAPITRE III

Evolution clinique. Complications. Pronostic

Pour la commodité de la description, nous diviserons l'évolution clinique de la pleurésie purulente du sommet en deux parties et nous étudierons successivement la pleurésie avant et après son ouverture dans l'arbre bronchique.

1° La pleurésie purulente du sommet avant la vomique

Le mode de début est le plus généralement insidieux. C'est peu à peu que s'installent les symptômes sans qu'on puisse assigner à leur apparition un moment précis. Sans doute, dans certains cas, on peut trouver des phénomènes initiaux qui se présentent brusquement, mais il est bon de remarquer qu'il s'agit alors non pas des symptômes déterminés par la pleurésie elle-même, mais de ceux qui corres-

pondent au début et à l'évolution de la maladie causale : point de côté, brusque accès de fièvre, dyspnée rapide, doivent surtout être rattachés par exemple à la pneumonie que nous trouvons signalée dans trois observations (V Comby, VII Rispal, VIII Moizard).

Dans d'autres cas cependant on peut assister à l'évolution complète de la maladie primitive, comme par exemple dans l'observation VIII de Moizard dans laquelle après dix ou douze jours, les phénomènes aigus s'amendent ; mais le malade n'entre pas franchement en convalescence : il lui reste quelques symptômes qui s'expliquent mal et en particulier un état sub-fébrile qui peut s'accompagner d'une certaine gêne respiratoire.

L'examen complet du malade permet dès lors de constater les symptômes suivants :

Inspection. — Le malade étant bien symétriquement placé, il existe une *déformation spéciale de la partie antéro-supérieure du thorax : les premiers espaces intercostaux sont soulevés et font saillie à l'extérieur*. Il y a parfois une véritable *voussure sous-claviculaire* qui s'étend sur les trois ou quatre premiers espaces (obs. VI, VIII, IX, XII). Toutefois on ne constate pas de déformation marquée du thorax et l'axe du sternum semble peu ou pas dévié, ce qui tient à la situation haute de l'épanchement.

De même, correspondant à la voussure sous-claviculaire, on constate une augmentation du volume

d'ensemble du sommet de la poitrine du côté malade par rapport à ce qui existe du côté opposé.

La peau est lisse, tendue, avec un *réseau veineux superficiel* anormalement développé et parfois un léger degré d'*œdème* précoce surtout marqué d'abord au pourtour de la voussure (obs. VI, XII).

Palpation. — Les signes fournis par la palpation sont ceux que l'on trouve ordinairement dans les cas de pleurésie : la *disparition des vibrations thoraciques* au niveau de l'épanchement. Cependant ce signe peut ne pas se trouver soit en avant, soit en arrière, et être remplacé au contraire par une augmentation des vibrations causée par la présence d'une lame pulmonaire interposée entre l'épanchement et la paroi (obs. VIII, Moizard) : nous avons vu en effet au chapitre de l'anatomie pathologique que le sommet du poumon n'est pas toujours refoulé directement en bas, mais qu'une languette de tissu épaissi, condensé, peut être refoulé soit sur la partie antérieure, soit sur la partie postérieure du thorax au niveau même de l'abcès pleural.

Toujours, d'ailleurs, il est de règle de constater une augmentation des vibrations thoraciques juste au-dessous de la limite de l'épanchement.

La fluctuation intercostale peut encore être reconnue ici : nous ne parlons pas pour le moment de la fluctuation nette qu'on peut trouver superficiellement soit en avant, soit en arrière du sommet de la poitrine lorsqu'il s'est fait un empyème de nécessité.

Percussion. — Comme dans tout épanchement pleural, la percussion dénote *la disparition de la sonorité normale* qui est remplacée par de la matité.

Cette matité a une hauteur qui varie suivant la quantité de l'épanchement ; en bas, elle peut atteindre la quatrième côte, le quatrième espace intercostal et se continuer du côté gauche avec la matité cardiaque, mais alors l'espace de Traube reste sonore. En dedans, la matité s'arrête au niveau du sternum. En dehors, elle gagne l'aisselle, et en arrière une hauteur plus ou moins grande de la région scapulaire.

Au-dessous de la zone de l'épanchement, à l'endroit où se trouve le poumon condensé et où il existe de l'exagération des vibrations thoraciques, on peut trouver de la submatité ou même encore de la matité absolue ; cela dépend absolument de l'état du poumon sous-jacent. D'ailleurs la zone de matité peut s'étendre à tout le lobe supérieur si le poumon a été refoulé en dedans du côté du médiastin, comme dans l'observation d'Andral.

En somme lorsqu'il s'agit d'une pleurésie du sommet, on trouve de la *matité sous la clavicule* et jusqu'à la quatrième côte, c'est-à-dire juste dans la région où, en cas de pleurésie de la grande cavité, on est habitué à constater du skodisme.

Auscultation. — A l'auscultation, *le murmure respiratoire est affaibli ou même complètement aboli* dans toute la zone de l'épanchement. On peut entendre, lorsque le poumon est refoulé en arrière, un souf-

fle bronchique qui est presque constant juste au-dessous de l'épanchement. Ce souffle peut d'ailleurs être modifié dans son timbre et dans sa force par la présence de liquide ; il s'accompagne normalement de quelques râles fins et parfois de frottements (Observation VIII, Moizard). — Rien de spécial à signaler pour l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

Symptômes fonctionnels et généraux. — La *dyspnée* s'annonce peu à peu mais elle augmente rapidement, en dehors de toute proportion avec la quantité du liquide épanché ; cette particularité tient évidemment aux rapports particuliers de l'abcès avec les organes de la base du cou et du médiastin supérieur, comme nous l'avons indiqué au chapitre de l'anatomie pathologique.

La *toux* est peu marquée ; par contre le *facies* est altéré, le malade est pâle, sauf lorsque la maladie débute par une pneumonie. Les traits sont tirés, l'aspect grippé.

Les *troubles circulatoires* peuvent être dus à une action sur le cœur si l'épanchement siège à gauche et est suffisamment abondant. On trouve rarement du déplacement de l'organe ; mais souvent une augmentation de la gêne respiratoire, de la cyanose, des palpitations, des tendances à la syncope.

Langlois parle de la compression de la veine-cave supérieure.

Quoi qu'il en soit, cette *gêne de la circulation veineuse* se traduit par une augmentation de la *circulation superficielle de la paroi thoracique*, notée dans presque toutes les observations.

Dans l'observation de Moizard, on insiste sur l'aspect bouffi de la face et du cou chez un enfant très amaigri et sur des traces d'œdème fugace du bras gauche, fait constaté également dans l'observation d'Andral.

La *gêne de la circulation artérielle* a été notée et dans l'observation de Velimirovitch (1), où la pleurésie occupait surtout le médiastin supérieur, se rapprochant ainsi beaucoup de nos cas, se trouve notée la disparition presque complète du pouls à gauche.

Les *troubles nerveux* peuvent être de divers ordres ; ou bien ils sont *sous la dépendance de l'état général* lorsque la maladie se présente avec des symptômes graves (obs. VII, Rispal) et une température élevée, ou bien ils sont *dus à des compressions nerveuses*.

Nous avons insisté plus haut sur les rapports étroits, surtout dans le cas de pleurésie du sommet, qui existent entre le dôme pleural et le ganglion cervical inférieur du grand sympathique, la cinquième paire cervicale et la première dorsale. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer les troubles oculo-pupillaires, les sensations de fourmillement, d'accès douloureux et même de *troubles moteurs du côté du membre supérieur* (obs. VII, Rispal).

La *fièvre* est d'intensité variable ; la température est

1. Velimirovitch. *Des pleurésies médiastines et en particulier chez l'enfant*. Th. Paris, 1892.

généralement à grandes oscillations avec élévation vespérale ; le pouls fort, tendu.

Il existe enfin des *troubles gastro-intestinaux* variés ; parfois des *œdèmes* du membre inférieur et un certain degré d'*albuminurie*.

La *marche* de l'affection varie suivant plusieurs facteurs dont les principaux sont la maladie causale, le degré de résistance du malade, l'abondance de l'épanchement, la gravité des symptômes généraux et la nature microbienne du pus. Moins grave dans les cas de pleurésie post-pneumonique, elle est au contraire plus à redouter dans les cas qui coïncident avec l'abcès ou la gangrène pulmonaire et le pronostic varie d'autant.

2° *La pleurésie purulente pendant et après
la vomique*

L'épanchement pleural livré à lui-même n'ayant naturellement aucune tendance à se résorber, mais au contraire se développant de plus en plus, détermine des accidents qui sont de plus en plus marqués ; mais d'autre part comme dans tout abcès, *le pus tend à se faire jour à l'extérieur* et la pleurésie purulente du sommet peut s'ouvrir de diverses façons, soit *à travers la paroi thoracique* : c'est l'*empyème de nécessité*, nous en parlerons plus loin ; soit *à travers le poumon en faisant irruption dans les bronches* : c'est la *vomique*.

A un moment donné, sous l'influence d'un effort,

d'une quinte de toux, le malade expectore par la bouche, par le nez, une quantité plus ou moins considérable de pus dont les caractères varient comme nous l'avons vu plus haut.

La vomique terminée, l'aspect du malade change, l'examen donne des résultats qui peuvent être tout autres que ceux que nous avons énumérés.

La dilatation des espaces intercostaux diminue, *la voussure sous-claviculaire s'efface* plus ou moins et peut disparaître même tout à fait lorsque l'évacuation de la poche a été suffisante.

Le poumon reprenant sa place si son état anatomique ne s'y oppose pas absolument, les *vibrations thoraciques reparaissent* peu à peu sous la clavicule au sommet de la poitrine. La *matité fait place à de la submatité*, et même quelque temps après à de la sonorité; le *murmure respiratoire s'entend à nouveau* dans la zone où il avait disparu. Le souffle diminue et si les râles persistent, ils se mélangent davantage de *frottements* dus au retour de la plèvre viscérale au contact de la paroi costale.

En même temps, les symptômes fonctionnels s'amendent et en particulier la dyspnée, ainsi que les troubles de compression vasculaire ou nerveuse.

Généralement, *la fièvre tombe assez brusquement* et même elle peut ne pas reparaître si l'évacuation de la poche purulente a été complète, si le pus ne se reproduit pas, ou si, se reproduisant, il peut se vider facilement par un orifice bronchique suffisamment large. Cette évacuation purulente peut donc

se faire en une fois ou bien être renouvelée et de façon abondante, comme dans l'observation V de Comby.

Si la lésion est déjà ancienne, si du pus se reforme en quantité notable, le malade peut être amené à vider sa caverne plusieurs fois par jour. Il s'installe dès lors un état tout spécial caractérisé surtout par une *expectoration purulente* fréquente, parfois régulière, et qui tient surtout au siège et à la disposition de la fistule bronchique.

L'évacuation par exemple peut ne se faire qu'à certaines heures ou dans certaines positions. C'est ainsi que le malade de Carrière et Vanverts ne crachait que la nuit et le matin ; l'expectoration cessait dès qu'il était en position verticale.

Bref, si cet état persiste, le malade est un véritable infirme cracheur de pus. Mais il y a plus ; si la guérison ne se fait pas, c'est-à-dire si le crachement de pus ne diminue pas, la situation augmente chaque jour de gravité ; ce n'est pas impunément qu'on fait du pus de façon constante : l'état général faiblit, la cachexie s'annonce.

3^e Complications et pronostic de la pleurésie purulente du sommet.

Nous avons vu comment évolue la pleurésie purulente du sommet pour arriver à la vomique. Mais cette terminaison n'est pas nécessaire et le pus qui dans cette pleurésie enkystée exerce, en raison de sa

pression, une compression d'autant plus forte sur les organes voisins, tend à perforer les parois de la poche et à s'échapper au dehors. Il peut ainsi fuser en arrière dans la région sus-scapulaire (obs. IX Lambotte), en avant ou en dehors, du côté des régions sous-claviculaire ou auxiliaire, en traversant un espace intercostal et en formant un *empyème de nécessité*. Sur nos douze observations, nous constatons en regard de cinq vomiques, deux empyèmes de nécessité dont un postérieur en dedans de l'épine de l'omoplate au niveau de la troisième dorsale (Lambotte) et un antéro-latéral (obs. personnelle).

Nous discuterons au chapitre du traitement les chances de guérison spontanée due à la vomique. Pour ce qui est de l'empyème de nécessité, il peut s'ouvrir seul comme dans mon observation personnelle, mais cela est toujours insuffisant. Cet abcès superficiel appelle en quelque sorte le bistouri et nous verrons au chapitre suivant ce qu'il advient de l'action chirurgicale.

Nous ne voulons pas terminer cette étude clinique sans noter la possibilité d'*adénites suppurées* de l'aiselle et du creux sus-claviculaire (obs. X Lambotte) et sans insister sur une autre complication particulièrement grave, c'est l'*ulcération possible des vaisseaux du médiastin*. Nous avons parlé précédemment des rapports avec les gros vaisseaux ; on comprend que le contact prolongé du pus peut aboutir à une

ulcération, d'où la production d'une hémorragie presque fatalement mortelle comme dans le cas XI (Carrrière et Vanverts).

Enfin si le malade guérit, il existe normalement à la place de la voussure sous-claviculaire une *rétraction des espaces intercostaux*, qui n'est en quelque sorte que la signature des adhérences profondes du sommet du poumon avec toute la région, d'où la gêne fonctionnelle de cette partie de l'organe qui peut devenir un terrain propice à l'*évolution ultérieure du bacille de Koch*.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic de la pleurésie purulente du sommet est difficile surtout au début de l'affection. Nous allons, d'après nos observations, essayer d'indiquer quelques points de repère et nous étudierons successivement le diagnostic dans la pleurésie purulente fermée, dans la pleurésie purulente ouverte.

1° Diagnostic à la période d'abcès fermé

Comme l'affection est rare, le plus souvent on n'y pense même pas ; elle a cependant des symptômes bien nets, ainsi que nous l'avons établi au chapitre précédent. Plusieurs affections peuvent surtout donner le change. Ce sont en particulier la tuberculose pulmonaire, la pneumonie du sommet, l'abcès du poumon, la pleurésie interlobaire, la pleurésie médiastine.

Dans la *tuberculose pulmonaire* il n'existe pas de dilatation des espaces intercostaux, de voussure sous-claviculaire, mais souvent au contraire une sorte de rétraction du sommet de la poitrine, ce qui d'ailleurs peut se rencontrer aussi dans certains cas de pleurésie purulente du sommet [(obs. VIII, XI).

Les vibrations thoraciques ne sont pas diminuées mais le plus souvent augmentées à cause de la congestion pulmonaire qui accompagne au début la tuberculose.

A l'auscultation il existe des râles plus nets, plus abondants, et le souffle ne s'y révèle pas avec les mêmes caractères. Je ne parle que pour mémoire des antécédents, de la marche de la maladie, car la tuberculose pulmonaire peut succéder aux maladies sous l'influence desquelles se développe ordinairement la pleurésie purulente du sommet ; bien plus les hémoptysies provenant de congestion pulmonaire, sinon de points pneumoniques, peuvent être prises pour des hémoptysies tuberculeuses, si bien que certaines pleurésies enkystées du sommet peuvent simuler longtemps la tuberculose du poumon (Saint-Philippe, obs. II).

D'ailleurs les deux maladies peuvent se rencontrer sur le même sujet et le diagnostic est alors très difficile sinon impossible à moins de recourir à la ponction exploratrice et à la radioscopie.

Dans la *pneumonie du sommet* les symptômes du début sont plus marqués, le point de côté, l'expectoration, la brusque élévation de température, bien

que moins marqués que dans la pneumonie ordinaire, existent généralement.

La maladie a une évolution cyclique ; elle peut, d'ailleurs, se terminer par une pleurésie purulente dont les signes s'associent au début à ceux de la pneumonie qui se termine.

Quoi qu'il en soit, la saillie des espaces intercostaux, la circulation veineuse collatérale, l'abolition des vibrations thoraciques, la présence d'un souffle distinct du souffle tubaire dont il diffère par son timbre élevé et son apparition à l'expiration ; la moindre abondance de râles autour de la zone du souffle, sont des signes précieux pour établir le diagnostic de pleurésie.

La pneumonie chronique, la sclérose pulmonaire ont des signes communs avec la pleurésie purulente du sommet, surtout lorsqu'elles sont consécutives à la pneumonie grippale ; il y a des vibrations à peine sensibles, de la matité, une respiration soufflante, un état général mauvais ; cependant dans la pleurésie purulente les vibrations sont complètement abolies, la matité est plus absolue, le murmure respiratoire est absent ou, s'il existe un souffle, il est expiratif et accompagné de fort peu de râles.

Dans *l'abcès du poumon* le diagnostic est particulièrement délicat avant la vomique, d'autant qu'il succède souvent à une pneumonie ou à une bronchopneumonie grippale.

Dans la *caverne pulmonaire*, on trouve toujours de l'exagération des vibrations thoraciques et des

signes stéthoscopiques variables suivant l'état de vacuité ou de réplétion de la caverne, comme le souffle et le gargouillement.

Dans le cas de *pleurésie interlobaire* c'est surtout par le siège même de la matité et l'auscultation au-dessus de la zone mate où on peut entendre un murmure respiratoire que l'on s'appuiera. D'autre part, ainsi que pour la *pleurésie médiastine*, la radioscopie du thorax, en permettant de localiser nettement la zone d'ombre par rapport au sommet, donnera des renseignements de première valeur.

La *péricardite* dans les formes où l'épanchement descend assez bas, pourrait par quelques-uns de ses symptômes fonctionnels faire penser à une pleurésie du sommet ; mais les signes très particuliers de douleur sur le trajet du phrénique, les troubles cardiaques, l'examen détaillé de la région précordiale, lèveront bientôt tous les doutes.

2° Diagnostic à la période d'abcès ouvert.

A la période d'abcès ouvert, le diagnostic est encore pour le moins aussi difficile, particulièrement avec la tuberculose, la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire, la syphilis du poumon.

Dans le cas de *caverne tuberculeuse*, il existe toujours des antécédents personnels ou héréditaires ; la maladie débute moins brusquement et s'installe moins souvent causée par et immédiatement après

une maladie aiguë du poumon. Le plus souvent il y a des lésions bilatérales. L'état général est plus atteint, l'examen des crachats permet d'y découvrir des bacilles de Koch, parfois des fibres élastiques.

Dans la *dilatation bronchique*, le début se fait beaucoup plus lentement ; le siège de la lésion n'est pas exactement le même ; les crachats sont plus purulents, fétides, et le liquide expectoré se sépare en trois couches superposées caractéristiques.

Dans la *gangrène pulmonaire*, l'évolution est plus rapide et l'état général très vite atteint, les crachats sont diffluent, verts-noirâtres et fétides ; ils contiennent des fibres élastiques, du pus, du sang, de la graisse, des bactéries variées, surtout bacillaires et des protozoaires mobiles (monas, infusoires, etc.).

Dans l'*abcès métapneumonique* le pus contient des pneumocoques mélangés à d'autres bactéries pyogènes, des fibres élastiques, des parcelles de parenchyme, des cristaux d'hématoïdine et d'acides gras.

Dans le *kyste hydatique du poumon*, la vomique est très abondante, de longue durée, souvent hémorragique et dans le pus expectoré on trouve des débris de membranes ou des vésicules et des crochets d'échinocoques.

Dans la *sypphilis pulmonaire*, l'affection occupe d'ordinaire un siège plus inférieur, dans la partie moyenne et postérieure du poumon. On trouve des antécédents syphilitiques, des traces de stigmates certains ou des lésions en évolution (gomme de la peau,

des muqueuses, exostoses, laryngite syphilitique, lésions viscérales).

Malgré tous ces signes, il est le plus souvent fort délicat d'établir un diagnostic absolument certain et uniquement basé sur l'évolution clinique. Aussi la ponction exploratrice pourra-t-elle rendre de grands services. Elle sera pratiquée chaque fois qu'il existera un doute ; malheureusement, il est des cas (obs. I, Bouvier ; VIII, Moizard) où elle a donné peu de résultats, soit que le liquide épanché fût peu abondant, soit qu'il s'écoulât mal par l'aiguille, soit qu'on fût tombé en mauvaise place.

Actuellement la *radiographie* et bien mieux encore la *radioscopie* faite d'avant en arrière ou transversalement, en permettant d'examiner la place exacte et les rapports des ombres sur l'écran, fournira des renseignements très précis dont on n'aura pas le droit de se passer pour établir un diagnostic aussi délicat.*

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement de la pleurésie purulente du sommet peut être considéré, suivant la division de Carrière et Vanverts, à deux périodes différentes :

- 1° A la période de pleurésie purulente fermée ;
- 2° A la période de pleurésie purulente ouverte.

1° *L'Abcès pleural est fermé*

Dans ce cas, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, le diagnostic est le plus souvent erroné ; on ne pense pas à la pleurésie purulente, mais plutôt à un abcès du poumon, à une pneumonie au sommet. Si on arrive à faire le diagnostic, la question de thérapeutique se pose de la façon suivante : Faut-il intervenir chirurgicalement ? Faut-il n'user que du traitement médical et attendre qu'une vomique débarrasse le malade ou le mettre dans un état tel qu'une opération devient nécessairement indiquée ?

Pour répondre à ces questions, il importe avant tout de voir ce que deviennent les malades livrés à eux-mêmes, ou aidés des simples ressources de la médecine.

Deux questions sont à résoudre : La vomique survient-elle dans la majorité des cas ? Si même elle survient, est-elle suffisante à elle seule pour amener la guérison complète ?

Sur les 12 observations que nous rapportons 11 seulement rapportent l'histoire clinique ; sur ces 11 cas nous voyons la vomique survenir dans 5 cas seulement, celui de Saint-Philippe (obs. II), celui de Comby où il se fait deux vomiques successives (obs. V), celui de Cérenville (obs. VI), celui de Bézy et Bauby (obs. X), celui de Carrière et Vanverts (obs. XI).

Dans tous les autres cas, la vomique ne survint pas suffisamment tôt pour qu'on pût l'attendre. C'est dire qu'il serait imprudent de l'attendre par principe, en admettant à l'avance qu'avec de la patience on aboutira à la guérison.

Mais alors même que la vomique s'établit, guérit-elle le malade ? Que disent les cinq observations ci-dessus mentionnées : une fois chez un enfant de trente mois (Bézy et Bauby) la vomique est suffisante et la guérison est assurée au bout de deux mois. — Une autre fois chez un homme de trente-deux ans (Comby) il se fait d'abord une première vomique d'un quart de litre, mais ce n'est qu'après une

deuxième vomique plus abondante encore et évaluée à un litre que la guérison survient d'ailleurs rapidement. — Une autre fois (Saint-Philippe), l'évacuation se fait peu à peu et la guérison survient au bout de cinq mois.

Dans les deux autres cas, par contre, il faut intervenir après la vomique. Dans l'observation de Cérenville chez un homme de cinquante-deux ans, il faut faire une ponction, puis une incision, puis une résection de côte. Dans le cas de Carrière et Vanverts, chez un homme de cinquante-six ans, il faut inciser et réséquer une côte. C'est dire que, *même si elle survient à temps, ce qui n'est pas la règle, la vomique est loin de pouvoir à coup sûr déterminer la guérison.*

Dans ces conditions le traitement médical pur, qui n'est qu'une expectative de principe déguisée, est parfois un leurre qui peut devenir dangereux, en laissant le malade exposé à toutes les complications d'un abcès pleural.

Et nous concluons ainsi : *quand le diagnostic de pleurésie purulente du sommet est posé, il vaut mieux recourir au traitement chirurgical.* Il s'agit en somme d'un abcès, sa situation dans la plèvre n'autorise pas spécialement à attendre, au contraire. Il faut donc l'ouvrir et comme dans tout abcès bien nettement localisé, il faut évacuer le pus le plus tôt possible.

Quelle est la meilleure opération à pratiquer ? la ponction simple ? l'incision large d'un espace intercostal ? la résection costale ? C'est ce qu'il faut discuter.

Ici, à vrai dire, point n'est besoin de parler de pleurésie purulente du sommet. Les cas sont trop peu nombreux pour donner une statistique suffisamment étendue et capable d'entraîner la conviction dans un sens ou dans l'autre. Il suffit pour résoudre les questions précédentes de se reporter au traitement de la pleurésie costale enkystée en général : là du moins les observations abondent et comme le même raisonnement pourrait être appliqué dans les cas qui nous occupent, il devient plus facile ainsi de trancher la question.

Ponction ou incision large de la pleurésie purulente ? fut le sujet de discussions multiples.

(Nous parlons bien entendu de la ponction faite dans un but curatif et non pas comme simple mode d'exploration pour arriver au diagnostic.)

Sans nous arrêter à Trousseau, à Bouchut, nous voyons encore assez récemment Desplats considérer la ponction répétée autant de fois qu'il est nécessaire comme le meilleur traitement de la pleurésie purulente. West (1), en 1892, affirmait que c'est la méthode de choix chez les enfants ; Loomis soutenait la même opinion à condition que le nombre de ponctions soit suffisant, et on peut aller jusqu'à cent vingt !

Ashurst, en 1894, au Congrès de Wasington, vante encore la ponction chez les adultes. Et cependant

1. West. « Sur le traitement de la pleurésie ». *Bul. Acad. Méd.* avril 1892, XXVII, p. 484 et discussion, p. 531, 596, 624, 645, 673.

plus près de nous, Cestan (1), sur 30 cas, trouve 15 guérisons, 8 échecs et 7 morts ; « et encore, fait-il remarquer, des ponctions n'ont-elles pas été tentées dans presque tous les cas d'empyème, avant de recourir à une intervention plus sérieuse ; et ne faudrait-il pas, en bonne justice, joindre à nos 30 observations la plus grosse part des cas de pleurotomie ? »

Alors pour la méthode la défaite serait une déroute. Cestan réunit ensuite toutes les statistiques et arrive à

20 o/o de morts...	}	chez l'adulte.
25 o/o d'insuccès..		
13 o/o de morts...	}	chez l'enfant.
64 o/o d'insuccès..		

Cependant sous l'influence des études bactériologiques et de la classification des pleurésies purulentes d'après leur flore bactérienne, on a de nouveau recommandé la ponction de la pleurésie à pneumocoques avec Netter, Courtois-Suffit, Debove, Desplats.

Kiener, Laverand, Chantemesse se sont inscrits dans le camp opposé, et d'ailleurs Netter lui-même, qui, chez les enfants, sur 10 cas ne relève que 2 succès, en arrive à conseiller l'incision si la ponction est insuffisante, si le liquide se reproduit rapidement avant cinq jours !!

Nous avons trouvé cité un cas de guérison pour la

1. Cestan. *La thérapeutique des empyèmes*. Paris, 1898.

thoracentèse dans une pleurésie purulente localisée au sommet (Bergeron) ; néanmoins la tendance actuelle est évidemment orientée du côté d'une action chirurgicale plus nette et puisque la ponction n'a pas de chance de bien guérir et de guérir souvent, pourquoi ne pas recourir d'emblée à l'incision largement faite, aseptiquement conduite, qui, sans plus de danger, permet d'évacuer plus complètement, de bien vider le foyer, de drainer l'abcès pleural comme on draine un abcès de toute autre région.

Faut-il recommencer cette discussion pour la *pleurésie purulente d'origine tuberculeuse* pour laquelle Verneuil et Netter ont conseillé la ponction ?

Ne s'agit-il pas là, comme ailleurs, d'un abcès froid pour lequel la pleurotomie est encore supérieure à la thoracentèse parce qu'elle évacue mieux et n'est pas plus dangereuse ?

Si nous nous rapportons à nos observations de pleurésie purulente du sommet : sur 3 cas (obs. I de Bouvier, obs. VIII de Moizard, obs. III de Rivet) une seule fois chez un enfant de trois ans, la ponction dans le troisième espace intercostal permet la guérison après évacuation de 300 grammes de pus. Dans les 2 autres cas, nous trouvons une fois la mort (Bouvier) et une fois une incision consécutive amenant la guérison (Moizard).

Ces résultats, qui seraient trop peu nombreux pour permettre une conclusion certaine, se superpo-

sont trop bien à tous ceux que nous avons cités précédemment pour que nous ne puissions pas admettre que *l'ouverture large et précoce de la pleurésie purulente du sommet doit être la règle. La ponction ne pourra être considérée que comme une exception, et devra en cas d'échec être rapidement suivie d'une large incision.*

C'est ici que peut se poser la question de la *résection costale*. Peut-on autrement dit se contenter de l'incision large de l'espace intercostal ? Faut-il y ajouter toujours la résection de la ou des côtes voisines ?

Il semble dans l'état actuel de la chirurgie, qu'il s'agit là d'une question bien secondaire. Nous venons d'arriver à cette conclusion qu'on doit faire l'incision pour permettre une évacuation large du pus, au besoin un nettoyage de la cavité et toujours pour assurer un bon drainage consécutif. Donc, si ces conditions peuvent être remplies sans résection des côtes, il est inutile de compliquer la simple incision de l'espace intercostal. Si par contre l'incision de l'espace intercostal donne un jour insuffisant, si comme c'est la règle chez l'enfant, l'espace intercostal est trop étroit pour permettre l'établissement d'un gros drain, qui ne doit pas être comprimé pour pouvoir agir utilement, il est de toute évidence que la résection costale s'impose. — On résèque ce qu'il faut des côtes pour être dans de bonnes conditions d'évacuation et de drainage. — Agir autrement

serait aller contre le but qu'on se propose. Il faut savoir ne pas s'arrêter en route, et d'autant plus qu'aujourd'hui la résection costale ne complique véritablement pas sérieusement l'opération dont elle allonge seulement un peu la durée. Le manuel opératoire est simple et ne présente pas de difficulté. C'est-à-dire que *la résection costale doit accompagner l'incision large de la plèvre toutes les fois qu'elle est nécessaire pour assurer l'évacuation de la poche et le drainage consécutif.*

Nous signalerons pour mémoire l'opération pratiquée par Lambotte (Ob. IX). Ce chirurgien fut amené à réséquer ainsi non pas une côte mais l'apophyse transverse de la troisième vertèbre dorsale, pour agrandir l'incision qu'il avait dû faire en arrière du thorax. Son opéré guérit.

2° *L'abcès pleural est ouvert*

Lorsque la vomique s'est produite qu'elle doit être la conduite à tenir ? Y a-t-il une règle absolue à suivre ? Faut-il s'inspirer des circonstances ?

Si la vomique devait, dans le plus grand nombre de cas, amener par elle-même à sa suite une guérison complète dans un temps plus ou moins éloigné on pourrait évidemment admettre comme règle que la vomique peut supprimer toute intervention chirurgicale et qu'il suffit de soutenir les forces du malade pour lui permettre de se remettre complètement. En se reportant à ce que nous avons dit précédemment

on voit qu'il n'en est pas ainsi, et nous avons pu conclure que, même « si elle survient à temps, ce qui n'est pas la règle, la vomique est loin de pouvoir à coup sûr déterminer la guérison ». Il y a donc lieu de discuter chaque cas particulier et de ne pas s'en rapporter à une règle fixe et nous dirons : *quand la vomique s'est produite il faut suivant les circonstances ou s'abstenir ou intervenir.*

Sur quoi peut-on se baser pour se faire une opinion dans un cas déterminé ? — Sur la marche de l'affection.

En effet, quand l'évacuation spontanée est suffisante, la fièvre tombe brusquement ou peu à peu, mais toujours assez vite (obs. V, Comby ; obs. VIII, Moizard) ; elle ne reparaît pas à moins que sous une influence quelconque, comme l'obstruction par une fausse membrane, par un débris un peu volumineux, la fistule bronchique ne se trouve momentanément oblitérée.

Les sueurs disparaissent, les forces reviennent rapidement, les signes stéthoscopiques sont changés, la matité rétrocede, la sonorité pulmonaire s'avance dans la région malade ; l'expectoration diminue, ses caractères changent, son odeur devient plus supportable, son aspect moins purulent, plus muqueux.

Bref, tous les signes généraux fonctionnels et physiques s'amendent, on voit le malade guérir de lui-même et de même qu'il ne faut pas hésiter à opérer quand cela est nécessaire, de même, opérer dans ces

conditions serait excessif ; ce serait faire de la médecine opératoire et non de la chirurgie.

Lorsque, par contre, l'évacuation purulente est insuffisante, on peut voir au début la fièvre tomber mais très rapidement elle reparait au moins aussi intense, les sueurs sont abondantes, la respiration difficile, la faiblesse augmente, la cachexie s'accuse, l'expectoration, qui avait diminué, augmente à nouveau ; elle garde ses caractères de purulence et de fétidité. Localement la matité thoracique reste stationnaire ou même elle s'étend ; dans ces conditions l'expectation dite armée est une mauvaise manœuvre ; ce n'est qu'une défaite pour ne pas agir. C'est une manière de laisser mourir, car bientôt surviennent des symptômes cachexiques : albuminurie, œdème des jambes, troubles de dégénérescence amyloïde du foie.

La véritable thérapeutique consiste donc alors à opérer et le plus tôt possible en se guidant sur les principes que nous avons établis plus haut. Il faut *avant tout faire une opération suffisante*, c'est-à-dire qu'il faut faire « large », inciser au niveau de la poche pleurale, réséquer telles côtes qu'il sera nécessaire et sur une étendue convenable. Il faut « bien évacuer la poche » et « la drainer en bonne place » avec de « gros drains ».

Lambotte dans son observation dut ainsi faire une incision postérieure, puis une incision antérieure, et établir un drainage à travers tout le thorax, son malade guérit. Il en est de même dans l'observation

de Cérenville (obs. V) et dans notre observation personnelle (obs. XII).

Quant au malade de Carrière et Vanverts, s'il mourut, sa mort ne peut évidemment pas être mise sur le compte de l'intervention. L'ulcération de l'aorte serait aussi bien survenue, si on n'avait pas opéré et la seule remarque qu'on puisse faire, est que l'intervention, si elle avait pu être plus hâtive, aurait peut-être pu empêcher cet accident.

Par contre l'abstention, dans deux cas (Bouvier, I, Rispal, VII) où les phénomènes continuaient à être grave, se termina par la mort.

De tout cela, nous croyons pouvoir conclure que, dans la pleurésie purulente du sommet, quand elle est fermée il ne faut pas, par principe, attendre une vomique salubre et que quand elle est ouverte on ne doit s'abstenir d'intervention chirurgicale que si la guérison du malade est annoncée par une disparition plus ou moins rapide de tous les symptômes.

Nous laisserons de côté la question du *traitement consécutif à l'ouverture et au drainage pleural*. Faut-il laver la poche ? Faut-il se contenter de l'évacuer ? En cas de lavage quelle solution employer ? — Evidemment, il n'y a rien qui appartienne ici en propre au traitement de la pleurésie « du sommet » ; la discussion se rattache essentiellement au traitement de la pleurésie purulente en général et nous pensons n'avoir pas à traiter ce sujet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Bouvier) (1).

Pleurésie purulente du sommet gauche (Corps étranger bronchique). — Mort. — Autopsie.

Louis L.... huit ans, amené à l'hôpital le 2 mai 1864. Pas de maladie antérieure. Six jours auparavant, il avait avalé, en jouant, un embout de parapluie gros comme l'extrémité de son petit doigt. A ce moment même, suffocation extrême ; mais, l'accès passé, il ne resta que de petites quintes de toux. Le lendemain, douleur vive dans le côté gauche de la poitrine et fièvre.

Etat au 2 mai. — Fièvre vive ; respiration 68 par minute ; pouls 148.

Douleur intense au côté gauche. Gêne extrême de la respiration. Facies abattu et anxieux. Son obscur dans tout le côté gauche de la poitrine, en avant et en arrière, mais surtout au sommet ; en bas, la sonorité est à peu près normale.

1. Bouvier. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 1864, 2^e s., t. I, p. 141.

A gauche, absence complète de murmure vésiculaire ; léger souffle au sommet ; dans l'aisselle, quelques râles sous-crépitants lointains ; pas d'égophonie, pas de bronchophonie. Rien d'anormal à droite.

Diagnostic. — Pleuropneumonie avec épanchement. L'absence de tout signe permettant de constater positivement l'existence d'un corps étranger, fait considérer celle-ci comme problématique.

Le 5, matité plus accusée. Décubitus latéral droit impossible.

Le 7, skadisme sous la clavicule. Faiblesse, prostration, teint terreux, 32 inspirations par minute, pouls 120.

Le 11, matité absolue.

Le 14, souffle fort sous la clavicule. La région sous-claviculaire semble plus saillante et plus bombée que du côté opposé ; mais la cystométrie ne permet pas de reconnaître de différences.

Le 18, fièvre hectique ; pouls 150, 40 respirations par minute. Insomnie. Dépérissement croissant.

Le 24, thoracentèse dans le quatrième espace au niveau de la région axillaire, aucun résultat.

Mort le 4 juin.

Autopsie. — Poumon gauche solidement adhérent à la paroi thoracique dans une très grande étendue vers sa base, jusqu'au dessus du quatrième espace intercostal ; 1 litre de pus dans la partie supérieure de la plèvre. Poumon gauche envahi dans toute son étendue par une sorte d'infiltration purulente avec de petits foyers purulents disséminés ; apparence gangréneuse. Branche gauche complètement oblitérée au niveau de sa bifurcation par le corps étranger ; à ce niveau,

ulcération qui a permis à celui-ci de se mettre en contact direct avec le tissu pulmonaire. Poumon droit légèrement emphysémateux. Péricardite récente avec épanchement séreux.

OBSERVATION II

(D^r R. Saint-Philippe) (1)

*Pleurésie purulente enkystée du sommet gauche,
simulant la phtisie pulmonaire*

Le jeune Laurent F..., demeurant rue Mériadeck, à Bordeaux, qu'on me dit fort malade et depuis longtemps, me fait demander en décembre 1876. Ses parents me racontent que leur fils est tombé malade en avril, qu'à la sortie d'un bain, il fut pris de courbature, avec fièvre, léger point de côté et expectoration teintée de sang ; qu'ils ont appelé leur médecin, et qu'à la suite d'un traitement convenable, le malade a été assez rapidement remis sur pied. Mais que, quinze jours après, à la suite d'un nouveau refroidissement, la toux et les crachats sont revenus pour ne plus disparaître. Pourtant, tout en se soignant, il vaquait à ses occupations. Mais bientôt de l'amaigrissement et une grande faiblesse apparurent ainsi que des sueurs nocturnes. A la moindre marche, à la moindre fatigue, un peu d'oppression survenait ; il existait des douleurs dans la poitrine. La fièvre se montra quelques jours, mais ne dura point. En septembre apparurent de

1. R. Saint-Philippe. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1878-1879, p. 61.

nouveaux crachats sanglants, qui étaient rendus en plus grande abondance quand le temps était fortement pluvieux. Bientôt ces crachats devinrent épais et purulents, puis infects : ce caractère devait persister jusqu'à la fin. Le médecin déclara que le malade était devenu poitrinaire, et qu'il n'y avait plus à lui donner que des soins de consolation, la terminaison devant être forcément funeste. Je rappelle cette opinion, non pas pour la critiquer ou même m'en faire une parade inconvenante, mais, au contraire, parce qu'elle émane d'un des médecins que le Corps médical et la Société estiment et honorent le plus. Volontiers, j'invoquerais son témoignage, car il a été tenu au courant des événements et il n'a pas été le moins surpris du dénouement qu'ils ont eu.

Quoi qu'il en soit, en présence de ce décourageant pronostic, et aussi de la rareté des visites de ce médecin qui faisait ce que nous faisons tous dans ces cas désespérés et désespérants, les parents du jeune homme désirèrent prendre un autre avis. C'est alors que je fus appelé. Je le répète, c'était fin décembre : le malade étant arrêté depuis trois mois et ayant eu sa première atteinte en avril, il y avait près de neuf mois qu'avait débuté et que durait le mal.

On m'avait prévenu que j'aurais affaire à un malade de la poitrine. L'opinion était faite dans la maison et dans tout le quartier. Le fait est que le diagnostic semblait inscrit sur le visage de ce malheureux garçon, et à ma première visite, je fus frappé de l'altération de ses traits, de sa pâleur et de la teinte anémique de ses muqueuses. Pourtant l'appétit n'était pas entièrement perdu, ni le sommeil, et l'amaigrissement ne correspondait pas au reste, tout en étant sensible. La toux était fréquente et quinteuse, et l'expectoration

abondante et fétide : un crachoir était rempli chaque jour. Mais il n'y avait pas de fièvre, ou plutôt, il y en avait peu. Ce détail me frappa singulièrement. Des sueurs nocturnes fatiguaient beaucoup le malade, mais il n'y avait ni vomissements, ni diarrhée. J'avoue que, prévenu en quelque sorte du diagnostic et par les commémoratifs et par le tableau que j'avais sous les yeux, je me livrai (je le confesse, à dessein et avec insistance pour que mon exemple serve d'enseignement aux autres), je me livrai avec mollesse et une sorte de découragement à l'exploration de la poitrine. Je me contentai d'inspecter le dessous des clavicules comme on le fait d'habitude, et j'y trouvai du côté gauche : de la résonnance exagérée, et deux ou trois foyers de souffle caverneux, qu'on circonscrivait aisément, avec une pectoriloquie bien accentuée. Le côté droit était sain. Je me relevai, persuadé que j'avais affaire à une phtisie encore unilatérale, que le précédent médecin était dans le vrai et que le traitement devait être continué.

Les jours suivants, je n'eus pas de raison de penser autrement et je restai quelque temps sous la même impression ; un matin pourtant, après une séance attentive de percussion et d'auscultation (depuis mon premier fait, je *cherche* des pleurésies cachées), je fis la remarque que les cavités révélées par les souffles n'occupaient pas leur siège habituel, mais se trouvaient à deux ou trois centimètres plus bas. Je songeai qu'il n'y avait eu, en somme, que des hémoptysies insignifiantes, que l'embonpoint tout en ayant diminué, n'était pas en rapport avec les lésions locales ; qu'il n'y avait point de fièvre, et je voulus examiner à fond mon malade. Dans ce but, je le fis déshabiller complètement, je mis sa poitrine

à nu, et je me livrai à de nouvelles et plus complètes investigations. Je ne saurais trop appuyer sur l'utilité qu'il y a, dans ces cas douteux, à procéder de la sorte. Bien m'en prit, effectivement, car je trouvais dans toute l'étendue du côté gauche, à partir du quatrième espace intercostal, en arrière et dans l'aisselle, une matité absolue. A l'auscultation, en arrière, silence complet ; mais dans l'aisselle, aux fortes inspirations, tous les phénomènes appelés cavitaires, toux, voix et respiration caverneuses, amphoriques. A ce niveau, les vibrations avaient disparu. En partant de l'aisselle pour aller rejoindre les clavicules, on retrouvait les deux ou trois souffles doux, caverneux, qui m'avaient d'abord frappé, mais que je trouvais maintenant saccadés, perceptibles aux deux temps de la respiration, et d'un timbre assez singulier. Je les comparerai au bruit que ferait quelqu'un qui sifflerait tout bas et par saccades.

En possession de ces indices, j'en'hésitai pas à rejeter l'opinion d'une hépatisation du poumon gauche : un bloc solide produirait d'autres phénomènes et ne produirait point ceux qui existaient. Je me trouvais là, pensai-je, en présence d'un épanchement pleurétique, dont il restait à déterminer la nature et la qualité. Après avoir en vain recherché le symptôme soi-disant pathognomonique signalé par Baccelli et Guéneau de Mussy (la production de la pectoriloquie aphone toutes les fois que le liquide n'est point purulent) je m'arrêtai par exclusion à l'idée d'un épanchement séro-purulent, attendu que les signes de la suppuration franche manquaient absolument. Restait à expliquer cette expectoration abondante de crachats tellement fétides qu'ils infectaient la chambre entière. Était-ce une pleurésie chez un tuberculeux ou

chez un homme simplement anémique ? Était-ce, au contraire, une dilatation bronchique ? Ou bien enfin, y avait-il quelque part, au fond des bronches probablement augmentées de volume, une ouverture par laquelle le malade évacuait lentement sa plèvre ? L'odeur des crachats était celle de la macération et de la gangrène tout à la fois. J'avoue que je me rattachai à la dernière interprétation, plutôt pour prendre l'intérêt du malade que par raisonnement véritable. Je déclare qu'il n'y avait pas possibilité de conclure d'une façon catégorique. Je comptais plutôt sur la marche pour éclairer entièrement ma religion.

Quoi qu'il en soit, j'arrêtai sur l'heure un nouveau plan de traitement, que je mis immédiatement en usage. Les purgatifs drastiques et salins, les vésicatoires répétés, puis plus tard, la teinture d'iode ; les inhalations d'une eau phéniquée qui restait en permanence dans la chambre ; les balsamiques, l'arsenic, enfin le régime lacté comme diurétique, tout autant que comme modificateur de la nutrition, tels furent les moyens auxquels j'eus recours. Quant à la thoracentèse, je ne voyais aucune indication de la pratiquer. J'y voyais au contraire des inconvénients faciles à deviner. Je n'insisterai pas sur cette longue période de tâtonnements et d'hésitations qui dura trois grands mois, avec des alternatives diverses. Bientôt, j'eus la satisfaction de voir l'épanchement se résorber et les frottements apparaître : en même temps les couleurs de la santé revenaient au malade. Les souffles s'effacèrent peu à peu, seule, l'expectoration persistait. L'huile de foie de morue iodée acheva la cure, si bien qu'à la grande stupéfaction des voisins qui criaient au miracle, le malade alla bientôt se promener. En mai, il reprenait son travail et

en octobre, *tout, absolument tout* avait disparu, même l'expectoration. Le malade n'était plus reconnaissable,

L'année suivante, par conséquent en 1877, il se présenta au conseil de révision qui ne consentit à le réformer que sur un certificat exprès et détaillé de ma main. Je ne l'ai pas perdu de vue, et si j'ai attendu jusqu'à ce jour pour présenter son observation, c'est que je voulais qu'elle fût réellement complète et démonstrative et que je pusse absolument affirmer la guérison.

OBSERVATION III

(Rivet) (1).

Pleurésie purulente du sommet gauche chez une enfant de trois ans. — Ponction aspiratrice. — Guérison.

Augustine L..., âgée de trois ans, entrée le 1^{er} juillet 1872 (salle Sainte-Mathilde), hôpital Sainte-Eugénie, avait été prise le vendredi 27 juin de fièvre, de toux, avec un peu de dyspnée. Il a été administré un vomitif ce jour-là, et comme la toux et la fièvre persistaient, on en a administré un second deux jours après. Le mardi suivant (1^{er} juillet), la mère, ne voyant pas d'amélioration, porte son enfant à l'hôpital.

Nous trouvons avec la fièvre un peu de dyspnée, une toux catarrhale d'un caractère particulier, le visage animé, mais sans grande agitation.

1. Rivet. Thèse Paris, 1880, obs. I.

Examen de la poitrine. — La percussion est douloureuse du côté gauche, arrache des cris à l'enfant surtout au-dessous de la clavicule gauche où il existe comme en arrière une matité évidente. *La sonorité reparait à mesure que l'on se rapproche de la base.*

A l'auscultation : en arrière, souffle fort, tubaire, occupant les limites de la matité, entremêlé de quelques râles humides surtout appréciables dans les efforts de toux. Le souffle, plus fort à mesure que l'on s'approche de la colonne vertébrale, se propage vers le côté droit, au point de faire croire, au premier abord, à l'existence d'une pneumonie double.

Traitement. — Poudre de digitale, 0 gr. 15.

Le 5 juillet, la malade garde toujours de la fièvre et de la dyspnée.

En examinant le thorax, on remarque une voussure très manifeste de la paroi antérieure plus marquée sous la clavicule au niveau des trois premiers espaces intercostaux. La *mensuration du thorax au niveau du second espace* donne deux centimètres et demi de plus en faveur du côté gauche.

Traitement. — Application d'un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine.

7 juillet. — La fièvre existe toujours, mais modérée (elle n'a pas dépassé 39 degrés le soir).

Dans les inspirations profondes, on perçoit quelques râles sous-crépitants fins. Le souffle doux, l'égophonie existent toujours vers la clavicule gauche. *Tout portait à croire qu'il y avait dans la plèvre une couche de liquide derrière laquelle se trouvait la pneumonie.*

La digitale étant bien tolérée, est continuée sous forme de poudre à la dose de 0 gr. 15. Huile de ricin 10 grammes.

9 juillet. — La percussion donne sous la clavicule gauche, un son qui se rapproche singulièrement du bruit de pot fêlé. A l'auscultation, le souffle a pris un timbre de souffle amphorique. Six jours après ces phénomènes pseudo-cavitaires disparaissent, mais il restait toujours de la matité, de la rougeur sous-claviculaire, un souffle lampé entremêlé de quelques bulles larges, enfin une absence à peu près complète des vibrations thoraciques.

Traitement. — Poudre de calomel, 0 gr. 25.

23 juillet. — Les signes physiques sont extrêmement variables, le bruit de pot fêlé qui avait disparu il y a quelques jours n'existe plus aujourd'hui, mais la voussure sous-claviculaire est toujours manifeste. Et cependant l'épanchement ne semble pas augmenter, l'enfant est sans dyspnée.

Traitement. — Vésicatoire en arrière du côté gauche de la poitrine.

5 août. — Etat stationnaire.

30 août. — L'état général s'est aggravé. L'enfant a de fréquentes sueurs nocturnes : elle a maigri et pris une teinte jaune paille cachectique.

La température a été depuis le début des plus irrégulières. A plusieurs reprises, la courbe indique des poussées dans lesquelles le thermomètre a atteint plus de 40 degrés.

L'épanchement semble avoir sensiblement augmenté. La matité est absolue, soit en avant, soit en arrière. Il n'existe plus de souffle et l'auscultation révèle une apnée complète, sauf quelques râles dans la fosse sus-épineuse gauche. Le cœur est refoulé vers la droite, sa pointe bat sur le bord droit du sternum.

Avec les données précédentes, il est fort présumable que

l'épanchement a non seulement augmenté, mais encore qu'il est devenu purulent sans tendance à la résorption. La thoracentèse est indiquée.

Aussi, il est fait une *ponction dans le troisième espace intercostal* au niveau du bord antérieur de l'aisselle avec le trocart moyen de l'appareil Potain.

Il sort par la canule et sans difficulté 300 grammes d'un pus blanc, crémeux, sans odeur. Après l'opération, il est facile de constater que le cœur a repris sa place. La respiration s'entend très nettement en avant et les vibrations thoraciques deviennent perceptibles. Enfin la voussure sous-claviculaire a très sensiblement diminué.

6 septembre. — La sonorité est normale en avant. La voussure sous-claviculaire n'est plus appréciable. Il n'existe plus ni souffle ni râle. Reste seulement de l'obscurité dans le murmure vésiculaire. Le liquide ne s'est assurément pas reproduit.

Malgré tout, l'état général de l'enfant est loin d'être en rapport avec l'amélioration constatée dans les signes physiques. Elle demeure pâle avec des sueurs faciles et un peu de diarrhée.

La courbe de température marque encore des oscillations irrégulières au milieu desquelles la température du soir atteint 40 degrés ou à peu près.

Cependant l'épanchement ne se reproduit toujours pas et après des alternatives de haut et de bas, la petite malade entre franchement en convalescence.

Voici ce que nous constatons à l'examen de la poitrine le 3 octobre.

La sonorité est redevenue presque complète dans toute

l'étendue du côté malade, reste simplement une différence de tonalité avec le côté opposé.

La respiration ne diffère avec celle du côté sain, que par moins d'ampleur dans l'expansion ; elle est aussi un peu plus rude et légèrement soufflante dans les mouvements d'inspiration forcée.

L'état général est très sensiblement amélioré, L'enfant quitte l'hôpital complètement guérie le 24 octobre.

OBSERVATION IV

(Danesi) (1).

Pleurésie cloisonnée à épanchements différents. — Pleurésie purulente du sommet droit. — Autopsie.

A l'hôpital civil de Carrara mourait le 7 mai de cette année 1881, Isaïe G... soigné depuis 1878 pour une longue maladie de poitrine dont le diagnostic n'avait pu être affirmé pendant la vie.

L'autopsie révéla les lésions suivantes :

Poitrine. — A l'ouverture de la poitrine, le poumon et la plèvre gauche étaient normaux. Du côté droit au contraire, la cavité pleurale était pleine de sérosité et de pus répartis de la façon qui suit : Cette cavité était divisée en quatre loges par des membranes de nouvelle formation, la plus basse à la base du thorax, s'étendait en arrière et en haut et était

1. Danesi. *Imparziale*, 1881, 15 juin, n° 11.

pleine de sérosité ; deux collatérales, sur la ligne médiane et sur un plan antérieur, répondaient à la cinquième et à la sixième côtes, elles étaient de la dimension d'un œuf de poule et étaient pleines d'un liquide purement séreux ; enfin, *une autre au sommet de la poitrine, était pleine de pus*, elle présentait en outre cette particularité qu'elle était traversée horizontalement par une sorte de colonne qui la divisait en deux.

Cette colonne était comme formée de deux cônes réunis par le sommet et allant du poulmon vers le milieu de la troisième côte, elle se trouvait recouverte d'une néomembrane bien organisée, délicate, transparente, légèrement adhérente, facile à détacher, le reste de la colonne était composé par les adhérences de la plèvre pulmonaire à la plèvre costale.

En effet cette colonne dont le centre avait la grosseur d'une plume d'oie, était formée de tissu pulmonaire carnifié, induré, fibreux. Le reste de l'organe, par suite de la compression subie depuis si longtemps, était totalement refoulé en arrière et en haut, et réduit au tiers environ de son volume.

Les cloisons étaient constituées toutes par des fausses membranes de peu de consistance, dirigées plus ou moins obliquement de la plèvre pariétale à la plèvre viscérale où elles s'inséraient.

Toute la plèvre était épaissie, granuleuse à sa surface, tapissée d'une membrane pyogénique.

Le poulmon était refoulé, comme je l'ai dit, et carnifié, dur, fibreux ; plongé dans l'eau, il ne surnageait pas.

OBSERVATION V

(Comby) (1)

*Pleurésie purulente enkystée du sommet droit au décours
d'une pneumonie franche.*

Un jeune homme de trente-deux ans fut pris brutalement en pleine santé, le 19 janvier 1885, d'un violent frisson bientôt suivi de toux et de point de côté sous le mamelon droit. Appelé à voir le malade le 21 janvier, je constatai l'existence d'une fièvre vive (40°2 dans l'aisselle), avec céphalalgie, agitation, orthopnée. Déjà existent quelques vésicules d'herpès labial; la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, la soif est grande, l'appétit nul, il y a de fréquents vomissements.

Il était évident que nous étions en présence d'une *pneumonie aiguë franche*; s'il avait pu subsister quelques doutes, l'examen des crachats aurait suffi à les dissiper.

Le malade en effet rendait avec peine quelques crachats épais, collants, de couleur sucre d'orge, absolument caractéristiques. Il restait seulement à fixer le siège et l'étendue du foyer; l'auscultation révélait en un seul point tout à fait au sommet du creux axillaire droit, un léger souffle accompagné de quelques crépitations au moment des efforts de toux. Il n'en fallait pas davantage pour reconnaître l'existence d'une *pneumonie du sommet droit*. Pour combattre la violence du point de côté qui tourmentait beaucoup le malade, je

1. Comby. *France médicale*, n° 51, 2 mai 1885.

prescrivis l'application de six sangsues ; le soulagement fut presque immédiat. Quant au traitement, il consista les premiers jours dans l'emploi d'une potion de Tood avec extrait de quinquina, je n'y insisterai pas. Le lendemain, le foyer pneumonique s'était étendu, gagnant en haut la fosse sus-épineuse et en avant la région sous-claviculaire ; les jours suivants, on pouvait constater l'existence d'une matité allant de la clavicule au mamelon droit ; tout le lobe supérieur du poumon droit semblait hépatisé. La soif était toujours très vive. L'estomac était intolérant ; toutes les boissons (lait, limonade, grogs) étaient vomies. Vers le sixième jour de la maladie, l'état général paraissant plus grave je priai M. Tennesson de voir le malade, il reconnut comme moi l'existence d'une pneumonie franche occupant tout le sommet droit ; il jugea le cas grave et fit des réserves au point de vue du pronostic tout en considérant la guérison comme probable. Il faut dire que le sujet sans être éthylique, vivait largement et buvait chaque jour des doses un peu fortes de liqueurs alcooliques ; il faisait surtout abus de tabac. D'autre part, il avait eu, dix ans auparavant, une pleuro-pneumonie double très sérieuse, sans parler d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu remontant à quelques années. Ces antécédents pouvaient inspirer quelques inquiétudes et faire craindre deux choses : le délirium tremens et la tuberculose pulmonaire. Ajoutons cependant que le sujet était très vigoureux, et n'avait eu, depuis plusieurs années, que des indispositions. C'est ainsi qu'il toussait quelquefois et avait, de loin en loin, des douleurs thoraciques assez intenses. Il y a trois ans, je fus appelé pour traiter une de ces manifestations douloureuses que je qualifiai de *pleurodynine* et qui disparut rapide-

ment par l'application de sangsues. Rien dans la famille rappelant la tuberculose, mais l'arthritisme s'était manifesté chez le père par le diabète, chez une sœur par des coliques hépatiques, chez notre malade par des rhumatismes. Au huitième jour de la maladie, la défervescence se fit normalement, le thermomètre tomba à 37°3 dans l'aisselle ; en même temps que se montrèrent les phénomènes critiques tels que sueurs, diarrhée, polyurie.

Nous nous félicitons déjà de l'heureuse issue de la maladie lorsque le délire que nous avions prévu éclata dès le lendemain de la défervescence ; ce délire, d'ailleurs modéré, fut promptement calmé à l'aide du chloral et de l'opium, et en trois jours le malade avait retrouvé son calme habituel.

Mais la fièvre, qui avait repris au moment du délire, persista ; le thermomètre marquait de 38°4 à 39 degrés le matin, de 39°5 à 40 degrés le soir ; le pouls était à 104, 110, 120. Quoique les crachats fussent complètement décolorés et fluides, nous soupçonnions l'existence d'une complication. La matité persistait dans toute la région sous-claviculaire droite jusqu'au foie ; la percussion était douloureuse, les vibrations vocales étaient éteintes ; le malade respirait péniblement ; l'usage des ventouses et d'un vésicatoire ne put venir à bout de ce foyer qui persistait au sommet droit. Nous commençons à redouter une évolution tuberculeuse ou une suppuration du poulmon. Les crachats devenaient abondants, muco-purulents ; la toux était quinteuse et fatigante ; l'examen des crachats fait à deux reprises (11 et 18 février) ne révéla pas la présence de bacilles tuberculeux ; les urines ne contenaient ni sucre ni albuminurie.

Le 14 février (27^e jour de la maladie) voici quelle était la

situation du malade : fièvre intense (29°8 dans l'aisselle, 114 pulsations), toux extrêmement pénible et quinteuse ramenant des crachats très abondants et purulents. Depuis plusieurs jours existent des douleurs articulaires au niveau des poignets, des genoux, des épaules ; ces arthralgies ne s'accompagnent d'aucun gonflement, d'aucun changement de coloration. Le malade étant rhumatisant, nous prescrivons 8 grammes de salicylate de soude ; les douleurs sont atténuées, mais la fièvre persiste. Faut-il voir dans ces manifestations articulaires un rhumatisme franc, ou ne vaut-il pas mieux les rapprocher de ces pseudo-rhumatismes infectieux que M. Bouchard nous a fait connaître ? Nous sommes porté à le croire à cause de l'action incertaine du salicylate de soude.

Lorsqu'on examine le sommet droit du poulmon, on constate l'existence d'une matité absolue depuis la clavicule jusqu'au foie ; cette matité existe également, mais à un moindre degré, dans la fosse sus-épineuse.

Partout ailleurs, le poulmon droit est sain comme le poulmon gauche. Les vibrations thoraciques sont abolies au niveau de la zone de matité. A l'auscultation, silence complet en avant ; dans la fosse sus-épineuse, souffle à timbre caverneux mêlé de râles. Que fallait-il admettre ? Une pleurésie enkystée du sommet, ou bien un de ces blocs massifs qu'on rencontre parfois, et que M. Grancher a décrits sous le nom de pneumonie massive ? Nos doutes furent dissipés dès le lendemain ; le malade fut pris dans la matinée du 15 février d'une quinte de toux violente, il eut la sensation d'un déchirement intérieur, et il rendit à la fois par le nez et par la bouche des flots de pus ; nous avons pu évaluer à un quart de

litre la quantité de pus rendu dans cette vomique. Le lendemain, les signes physiques ne parurent pas modifiés.

Le 17. — Deux jours après la première vomique, nouvelle vomique plus abondante estimée à un demi-litre environ. Le soir même, nous constatons l'existence d'une sonorité tympanique dans tout l'espace sous-claviculaire droit ; à l'auscultation souffle amphorique et tintement métallique très net. Ce pneumothorax partiel était parfaitement limité au sommet et sa position topographique rappelait exactement celle de la pneumonie qui l'avait précédé. A partir de ce moment, la fièvre tomba et le malade se sentit soulagé.

Le 19. — Nous trouvons 37 degrés dans l'aisselle ; le pouls s'est abaissé à 72 ; l'appétit revient et le malade prend 400 grammes de viande hachée, un litre de lait, un œuf, un peu de vin, etc. Il était en effet profondément amaigri, épuisé, et la suralimentation nous semblait indiquée. Le pneumothorax tend à disparaître, la respiration se perçoit sous la clavicule et le son tympanique siège seulement au-dessus du mamelon, en un point qui présente manifestement de la voussure.

Le 20. — L'état du poumon est à peu près normal ; la sonorité plessimétrique n'a rien d'exagéré et la respiration s'entend presque naturelle ; elle est seulement un peu rude. Le malade a pris dans la journée une douzaine d'huîtres, 500 grammes de viande hachée, un litre de lait. Les forces reviennent rapidement et la guérison ne paraît plus douteuse. Les craachats muco-purulents sont de plus en plus rares.

Le 21, nous permettons au malade de se lever pendant une heure. A partir de cette époque, les forces reviennent

rapidement, et il ne reste plus rien des signes thoraciques que nous avons constatés.

OBSERVATION VI

(De Cérenville) (1)

*Pleurésie purulente du sommet droit. — Ponctions. —
Incision et Résection costale. — Guérison.*

N..., cinquante-deux ans, admis à l'hôpital en octobre 1881 et malade depuis deux mois et demi. Toux, expectoration muco-purulente, quelquefois sanguinolente. Déclin des forces, amaigrissement. Signes physiques d'une collection purulente occupant la partie supérieure du côté droit, peut-être compliquée d'infiltration du poumon. Voussure sous-claviculaire et œdème.

10 octobre. — *Ponction* dans le deuxième espace ; pus épais à 3 centimètres de profondeur.

14 octobre. — *Incision* dans le même espace. Recherche de l'abcès au moyen de ponctions pratiquées dans la plaie, sans résultat. Drain.

Les jours suivants, la voussure s'affaisse, après un rejet abondant de matières muco-purulentes.

19 octobre. — Phénomènes cavitaires sous l'épine de l'omoplate et sous la clavicule.

1. De Cérenville. *Rev. Méd. de la Suisse romande*, 1886, obs. X.

29 octobre. — Une injection poussée par le drain provoque de l'étouffement avec suspension de la respiration.

En décembre, l'état général s'altère et l'amaigrissement augmente. Abondante expectoration muqueuse et mucopurulente. Le souffle amphorique devient plus net au niveau de la crête de l'omoplate. Je crus à un ramollissement limité du parenchyme pulmonaire compliquant l'empyème enkysté communiquant avec les bronches.

Nouvelle intervention. Après résection de 3 centimètres de la deuxième côte et pénétration en travers de la plèvre épaissie, on tombe dans un foyer contenant du pus et des gaz et s'étendant en arrière et en haut en coiffant le sommet du poumon. Le poumon était refoulé contre la gouttière vertébrale. Pansement avec des pansements salicylés bourrés dans la cavité.

Les jours suivants, suppuration franche, expectoration nulle ou à peu près.

5 janvier. — La cavité se rétrécit et le poumon se dilate. L'examen direct de l'excavation au moyen d'un miroir et d'une vive lumière solaire permet de voir, à la hauteur de la deuxième côte, deux fistules pulmonaires soufflant à la toux, et émettant du muco-pus. La surface du poumon est rosée, franche et saine.

19 janvier. — Les fistules pulmonaires semblent oblitérées. La plaie se rétrécit progressivement. L'état général s'améliore.

En avril, le malade quitte l'hôpital et se sent assez bien pour reprendre son travail. L'excavation est fermée, mais les signes de bronchectasie persistent avec une expectoration rare. Il reste une fistule profonde de 4 à 5 centimètres.

OBSERVATION VII

(Rispal) (1)

Pleurésie purulente du sommet droit. —

Mort. — Autopsie

B... M., âgée de quarante-quatre ans, entrée le 31 janvier 1894, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service du professeur Caubet pour pyélo-néphrite.

Le 22 mars, elle fut prise brusquement d'un point de côté très violent sous le sein droit, de toux quinteuse et de dyspnée très violente.

La température axillaire donne 39°5.

Le lendemain le point de côté persiste, arrachant des cris à la malade, et on est obligé deux fois dans la journée d'avoir recours à une injection sous-cutanée de morphine.

A l'examen de la poitrine, il existe de la submatité au sommet du poumon droit, en arrière, dans la fosse sous-épineuse, en avant sous la clavicule ; on perçoit à ce niveau par l'auscultation un foyer de râles fins mêlés de quelques frottements pleuraux. Il n'y a pas cependant de crachats rouillés ; la température du matin s'élève à 38°5 ; celle du soir à 39°7.

Le 24, l'agitation de la veille a fait place à une prostration complète, le facies est cyanosé, la respiration bruyante et difficile ; on remarque de temps en temps quelques mouve-

1. Rispal. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 15 déc. 1894.

ments convulsifs dans les muscles du bras et de l'avant-bras. La température reste élevée.

Le 25, mort sans nouveaux phénomènes observés.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on voit s'écouler de la partie supérieure de la cavité pleurale droite une assez grande quantité de pus blanchâtre et visqueux. On constate alors qu'il s'agit d'une pleurésie purulente enkystée autour du lobe supérieur du poumon droit ; les adhérences, les unes fibreuses et paraissant anciennes, les autres fibrineuses plus récentes retiennent la collection purulente qui forme comme une nappe étendue à la surface du lobe supérieur. La partie inférieure de la cavité pleurale est absolument libre et saine. En détachant ensuite le sommet du poumon baignant dans le pus quoique légèrement adhérent à la paroi costale, on s'aperçoit que le parenchyme est augmenté de consistance.

La coupe du poumon montre une hépatisation grise comprenant exclusivement le lobe supérieur, les lobes moyen et inférieur sont intacts. Le poumon gauche est légèrement adhérent, mais absolument normal.

Le péricarde est normal.

Le foie un peu gros.

Les reins atrophiés présentent les caractères du petit rein rouge.

Examen bactériologique. — Le pus recueilli en pipette stérilisée a montré des bâtonnets encapsulés se décolorant par la méthode de Gram. Les cultures sur divers milieux furent faites, les inoculations pratiquées et le diagnostic bactériologique parfaitement établi. Le micro-organisme en cause était le bacille encapsulé de Friedlander.

OBSERVATION VIII

(Moizard) (1)

*Pleurésie purulente du sommet gauche. — Incision large.
Guérison*

Edouard M..., âgé de huit ans entre le 5 janvier 1892, salle Henri Roger, n° 2. Les antécédents morbides de cet enfant ne sont pas très chargés ; nous trouvons cependant, dès les premiers temps de la vie, une alimentation vicieuse et une mauvaise hygiène qui avaient tout d'abord retenti sur son développement. Né à terme, l'enfant ne fut pas nourri au sein, mais envoyé en nourrice ; il fut élevé au biberon et mal soigné. Vers l'âge de six mois, il eut, nous dit la mère, une entérite grave. A l'âge d'un an, il fit une seconde maladie, une fluxion de poitrine qui n'eut pas de suites prolongées. Depuis, à part une angine légère, l'enfant n'a plus été malade et sans être très fort, c'est un enfant généralement bien portant.

Du côté des parents, nous ne trouvons rien de bien particulier à signaler : le père et la mère sont d'une bonne santé. Cependant dans la famille de la mère, il y aurait quelques tousseurs. La mère a eu deux autres enfants ; une fille hydrocéphale morte à quelques jours, et une autre actuellement bien portante.

Le début de l'affection présentée par l'enfant, semble avoir été très brusque. En pleine santé et sans avoir paru éprou-

1. Moizard. In Langlois, thèse, Paris, 1895, obs. I.

ver de symptômes prodromiques, l'enfant fut pris au réveil d'un point de côté gauche très violent, en même temps qu'il éprouvait un grand malaise s'accompagnant de céphalée et de fièvre intense. Un médecin fut consulté et porta le diagnostic de fluxion de poitrine. Après dix à douze jours, les phénomènes aigus s'amendèrent, mais l'enfant n'entraît pas franchement en convalescence. Obligé de garder le lit, il était triste, refusait de jouer, et lorsqu'il s'agitait un peu, éprouvait une certaine gêne respiratoire.

Un médecin de nouveau consulté porta le diagnostic d'épanchement pleural sans cependant l'affirmer.

Les particularités des signes physiques que nous avons observées, rendent compte des réserves faites par le médecin à un premier examen.

L'état général s'aggrave, l'enfant perd l'appétit, pâlit, maigrit rapidement : les parents se décident à l'amener à l'hôpital.

Tels sont les renseignements fournis par la mère.

Examen le 5 janvier.— L'enfant est couché sur le côté gauche et il est établi, d'après les commémoratifs que c'est sa position habituelle depuis quelques jours, le regard est sans expression et il semble indifférent à ce qui se passe autour de lui ; c'est à peine s'il répond aux questions qu'on lui pose, il faut pour cela une insistance toute particulière.

La face est pâle, bouffie et nettement enflée, la peau sur le reste du corps est sèche et rugueuse. L'enfant de plus est très amaigri et présente l'aspect d'un cachectique confirmé.

En faisant asseoir l'enfant, nous remarquons une légère angoisse avec accélération de la respiration.

Le « décubitus diagonal » (Andral) et les modifications de

la respiration avec les changements de position de l'enfant, attirent notre attention vers les organes thoraciques et spécialement vers l'appareil respiratoire.

Voici les signes que l'examen méthodique nous permet de constater.

Inspection. — Le thorax est légèrement asymétrique, la colonne vertébrale est un peu fléchie vers le côté gauche. Les renseignements pris, nous permettent d'établir que ce léger degré de scoliose n'existait pas avant le début de l'affection.

Le côté gauche présente de plus des modifications très importantes. Une rétraction très légère en arrière et sur le côté, plus particulièrement au-dessous de l'omoplate.

En avant, au contraire, dans la partie la plus supérieure du thorax et répondant aux quatre premières côtes, on constate une voussure manifeste. La direction du sternum n'est pas sensiblement modifiée, cependant nous retrouvons à un certain degré le « signe du cordeau » (Pitres) : l'extrémité inférieure du sternum est un peu portée vers la gauche. Quant à la mensuration du thorax, elle ne nous donne que des renseignements peu précis ; il n'y a que très peu de différence entre les deux côtés, mais renseignements pris, l'enfant aurait toujours eu le côté gauche moins développé que le côté droit. La circulation veineuse superficielle, est notablement augmentée et plus nettement du côté gauche.

Palpation. — La palpation nous permet de mieux analyser la voussure antérieure au niveau de laquelle on éprouve à un léger degré une sensation de tension particulière. Les espaces intercostaux à ce niveau semblent se déprimer moins facilement que du côté opposé. On constate également que le cœur est à peu près à sa place, cependant la pointe bat un

peu en dedans du mamelon. La palpation nous permet de constater un signe d'une grande valeur, une modification considérable des vibrations thoraciques. En effet, en arrière, dans toute la partie correspondant au lobe supérieur, on constate une augmentation considérable des vibrations qui est des plus caractérisée au niveau de la partie moyenne.

Plus bas au contraire, les vibrations sont peu perceptibles, normales on peut dire, étant donné que l'examen porte sur un enfant. En tout cas la sensation est à peu près la même que celle que l'on perçoit du côté sain. En avant et en haut, fait bien caractéristique, il y a une abolition complète des vibrations jusque sous la clavicule.

Percussion. — En arrière, on constate de la matité au niveau de toute la moitié supérieure du côté gauche, puis progressivement en percutant de haut en bas, on voit la sonorité revenir et être presque normale, bien que d'une tonalité un peu plus élevée que du côté opposé. Ce que nous constatons au niveau du lobe supérieur, nous le retrouvons dans l'aisselle.

En avant, nous trouvons une matité absolue « *tanquam percussi femoris* » et l'impression perçue par le doigt est différente de ce que nous éprouvons en arrière; ici l'élasticité a totalement disparu. Cette zone de matité commence sous la clavicule et s'étend jusqu'au quatrième espace intercostal; plus bas, on retrouve un peu de sonorité qui ne tarde pas à se confondre avec le tympanisme stomacal; l'espace de Traube n'étant nullement diminué.

Auscultation. — En arrière dans tout le lobe supérieur, la respiration est bronchique rude: le maximum occupe l'angle de l'omoplate, à ce niveau on entend un souffle tubaire,

intense, très rude. De plus et ceci est beaucoup plus net quand l'enfant tousse, on perçoit en ce point de nombreux râles gros et presque à caractère humide. Ajoutons à cela quelques bruits superficiels probablement d'origine pleurale.

La toux et la voix ont un retentissement exagéré, la bronchophonie est manifeste et il y a même un léger degré de pectoriloquie.

En bas le souffle s'atténue progressivement et dans le tiers inférieur du poumon, le murmure vésiculaire s'entend, bien qu'atténué.

En avant la respiration a disparu, on ne perçoit qu'un souffle bien différent du bruit bronchique que l'on entend en arrière : ce souffle lointain, à timbre beaucoup plus doux, est peut-être la propagation du souffle postérieur. Il en est de même dans la région axillaire.

Dans la région antéro-latérale, ce qui domine, c'est l'obscurité ; pas d'égophonie, pas de pectoriloquie.

L'examen du poumon droit est absolument négatif, à part une respiration un peu supplémentaire peut-être.

Le sommet est parfaitement sain, la percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe morbide.

Le nombre des respirations est de 30 à 32 par minute lorsque l'enfant est au repos.

La toux est fréquente, mais surtout un peu grasse, parfois quinteuse, mais non douloureuse ; elle ne se présente pas avec les caractères de la toux dans la pleurésie.

L'expectoration est nulle et il ne peut être pratiqué d'examen des crachats au point de vue de la recherche du bacille de Koch. Une seule fois l'enfant eut quelques crachats muco-

purulents, disposés en filaments au milieu d'une expectoration un peu aérée et filante.

Nous n'avons pas retrouvé là des caractères suffisants pour affirmer les symptômes d'une vomique.

L'examen des autres organes est négatif.

Les bruits du cœur sont normaux, mais comme nous l'avons dit, la pointe bat légèrement en dedans du mamelon. Rien de particulier dans l'exploration de l'abdomen. Le foie et la rate sont normaux.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La recherche de l'albumine fut faite avec le plus grand soin et à plusieurs reprises. Il y avait, en effet, une bouffissure de la face, très manifeste, sans qu'on pût dire que l'on eût affaire à de l'œdème vrai.

Cette bouffissure descend un peu sur le cou et le creux sus-claviculaire gauche est un peu moins accusé que le droit. Nous avons noté également un œdème fugace du bras gauche.

Du côté du tube digestif nous constatons un peu de diarrhée fétide.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes généraux, nous avons déjà signalé les phénomènes cachectiques que présente le malade.

La température, le soir de l'entrée, est normale, 37°5.

Le poulx, un peu rapide, donne 104 pulsations, il est faible et semble plus difficile à percevoir à gauche.

Le 7 janvier, trois ponctions exploratrices furent faites : les deux premières négatives : l'une au niveau de l'angle de l'omoplate au point le plus mat de la région postérieure, l'autre dans le quatrième espace intercostal, sur la

ligne axillaire ; la troisième faite en avant dans la région sous-claviculaire, donna à peine une gouttelette de liquide louche, dans laquelle l'examen direct révéla la présence d'un diplocoque encapsulé.

Du 8 au 12 janvier la température ne dépasse pas 38 degrés, les signes restent à peu près les mêmes.

L'état général semble peu modifié.

Le 13 et les jours suivants la courbe thermique présente quelques oscillations.

Le 21, l'enfant qui pesait 19 kilogrammes à l'entrée a perdu 1 kilogramme en treize jours.

Les signes ont locaux ont subi quelques modifications ; toujours les mêmes en arrière où le souffle persiste avec les râles humides dans le lobe supérieur, avec une sonorité normale en bas ; ils sont augmentés en avant ; la matité s'est étendue en dedans, le cœur qui était à peu près en place à l'entrée est maintenant très nettement dévié.

Une nouvelle ponction exploratrice fut pratiquée en avant à 1 centimètre au-dessus du mamelon qui, dans le cas présent, correspondait à la quatrième côte, la seringue ramène du pus assez épais.

Le 23 janvier. *Première thoracenthèse* qui donne 210 centimètres cubes de pus assez épais, verdâtre, sans aucune odeur.

Pendant l'opération, l'écoulement du liquide s'arrête brusquement, et malgré le passage d'un mandrin dans le trocart il fut impossible d'aspirer davantage de liquide. Le trocart retiré ramena une fausse membrane qui en obturait la lumière.

Sous l'influence de la ponction l'état local s'était cependant

modifié ; le cœur, dont la pointe battait en dedans du mamelon, s'en était un peu rapproché.

Le 27 janvier, le liquide s'est reproduit et loin de rétro-céder, l'épanchement augmente. Le cœur est de nouveau dévié : la matité s'étale.

L'état général du malade, l'amaigrissement et la cachexie progressive nécessitent une intervention plus radicale.

L'opération de l'empyème s'impose : elle est faite par M. Brun, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Après chloroformisation, on fait une incision de 5 centimètres au niveau du quatrième espace intercostal, incision dont l'extrémité antérieure arrive à $1/2$ centimètre de l'aréole du mamelon. Les fibres au grand pectoral auxquelles correspond l'incision sont écartées avec soin et une ponction aspiratrice est pratiquée dans l'espace intercostal mis à jour. Après avoir retiré 300 centimètres cubes de liquide environ, l'espace est franchement ouvert avec la sonde cannelée. Il s'écoule une assez grande quantité de pus épais, visqueux, verdâtre, environ $3/4$ de litre.

Le doigt introduit ensuite dans la plaie, permet de reconnaître une poche limitée en bas et en arrière par une paroi facilement accessible tandis que en haut et en dedans le doigt ne perçoit pas de limite.

Cette exploration entraîne la rupture de fausses membranes et l'évacuation d'une nouvelle quantité de pus.

Un léger lavage à l'eau bouillie fut pratiqué, puis le drainage fut assuré par deux tubes très courts.

Le soir même la température est modifiée ; elle est à 38 degrés : la veille, le thermomètre donnait encore 39°5 et

depuis, jusqu'à la guérison, la température ne s'est plus élevée une seule fois jusqu'à 38 degrés.

L'opération et les pansements consécutifs ayant été faits avec l'antisepsie la plus rigoureuse, l'évolution vers la guérison fut très rapide.

Un seul et court lavage de la poche fut fait après l'opération : il ne fut pas renouvelé.

L'écoulement de liquide nécessita un pansement le deuxième jour, depuis les pansements furent faits tous les deux ou trois jours.

Les signes stéthoscopiques constatés dans les jours qui suivirent l'opération sont les suivants : le lendemain, la matité sous-claviculaire a disparu, elle est remplacée par du tympanisme. En arrière la matité a diminué mais persiste, et la respiration est encore soufflante.

10 février. — Le murmure vésiculaire s'entend nettement sous la clavicule avec quelques frottements pleuraux. En arrière, la respiration encore soufflante devient meilleure, les râles diminuent et les bruits perçus par leur caractère superficiel doivent être considérés comme d'origine pleurale.

L'état général de l'enfant s'améliore très vite, l'aspect bouffi qui avait tout particulièrement attiré notre attention a disparu, l'appétit est tout à fait revenu. L'enfant est gai, il se lève. Son poids augmente en quinze jours, il a gagné 1 kilogramme.

27 février. — Le drain est enlevé.

18 mars. — Les frottements pleuraux persistent encore mais l'enfant a repris l'attitude normale, sa colonne vertébrale est droite. On remarque au lieu de la voussure anté-

rieure un léger degré de rétraction. La cicatrice de l'incision se termine en avant à 2 centimètres de l'endroit où bat la pointe du cœur : celle-ci bat maintenant vers le cinquième espace au-dessous du mamelon.

L'enfant peut être considéré comme guéri.

Examen bactériologique. — L'examen direct du pus fut pratiqué de la façon suivante : coloration au violet de gentiane aniliné puis méthode de Gram ; on constata la présence de diplocoques plus ou moins lancéolés.

La *culture* de ce pus fut faite sur gélose et bouillon et donna au bout de trente heures des colonies présentant tous les caractères de celle du pneumocoque.

L'examen microscopique décela la présence de diplocoques lancéolés se mettant parfois en courtes chaînettes.

Enfin l'*inoculation* à la souris fut pratiquée ; l'animal mourut dans les vingt-quatre heures, et son sang futensemencé sur gélose. L'examen pratiqué montra la présence du même micro-organisme.

OBSERVATION IX

(Lambotte) (1).

Pleurésie purulente du sommet droit. — Incisions larges et drainage. — Guérison.

M. de L..., âgé de soixante-quatre ans, n'accuse aucune hérédité morbide et n'a jamais été malade antérieurement.

1. A. Lambotte. *Ann. de la Soc. de Méd. d'Anvers*, 1896, LVIII, p. 69.

Son *affection débuta insidieusement* au commencement de 1894, le début fut si obscur que le malade ne put fournir que des renseignements très vagues ; il perdit l'appétit et s'affaiblit peu à peu, des sueurs nocturnes se produisirent sans qu'aucun symptôme attirât l'attention sur les organes thoraciques, il n'y avait ni toux, ni expectoration, ni douleurs.

Vers le mois de juin 1894, six à sept mois après le début présumé de la maladie, une *tuméfaction indolente se développa peu à peu en dedans de l'épine de l'omoplate au niveau de la troisième vertèbre dorsale*, La fluctuation devint bientôt évidente et une *incision* donna issue à une assez grande quantité de pus bien lié. Depuis lors, la suppuration persista ; chaque jour la fistule donnait issue à environ 100 grammes de pus. L'affaiblissement du malade fit alors des progrès de plus en plus rapides ; la fièvre devint hectique.

Le 25 août 1894, je vis M. de L... en consultation avec M. le Dr Sweerts. Je trouvai le malade absolument émacié, d'aspect cachectique. A l'examen du thorax, je constatai une matité complète limitée au sommet droit, la base droite et tout le poumon gauche étaient sonores. Au niveau de la zone mate, l'auscultation révélait du souffle tubaire. Dans le reste des poumons, la respiration était absolument normale. Il n'y avait ni toux, ni expectoration.

Dans la fosse sous-claviculaire, au niveau de la zone mate, je constatai une tuméfaction diffuse, dure, parcourue par des veines dilatées. En arrière près de la crête vertébrale se voyait un orifice fistuleux dont l'exploration ne me révéla rien, si ce n'est un large décollement. J'étais très embarrassé de poser un diagnostic. Le mode de début, l'âge et l'aspect cachectique du malade, me faisaient craindre un cancer pul-

monaire, l'absence de toux et d'expectoration faisaient repousser entièrement l'idée de tuberculose pulmonaire. La faiblesse excessive du patient, la gravité des lésions semblaient devoir contre-indiquer toute tentative opératoire.

Cependant sur les instances du malade et de sa famille, je me décidai à pratiquer une incision exploratrice.

Je n'escomptais guère une intervention curative, j'espérais seulement soulager le patient en assurant un meilleur écoulement au pus.

Je pratiquai l'opération le 5 septembre 1894 à l'Institut Sainte-Camille, avec l'assistance de mes confrères Sweerts et Van de Wiele. *J'incisai* largement les tissus sur la tumeur qui se trouvait en avant, et à ma grande satisfaction, je tombai dans un foyer purulent qui pénétrait dans la poitrine au travers du deuxième espace intercostal. L'orifice admettait facilement deux doigts, ce qui permit de se rendre compte immédiatement qu'il s'agissait d'un *empyème enkysté du sommet*. L'ouverture du foyer avait donné issue à environ un demi-litre de pus épais sans odeur. La cavité ayant été bien détergée on put se rendre compte de l'intégrité du poumon, le sommet était refoulé vers le bas, l'élasticité sous le doigt était parfaite.

Le malade fut alors couché sur le côté sain, et *j'incisai dans le dos le vaste décollement* qui existait en dedans de l'omoplate, l'incision n'avait pas moins de 25 centimètres de long. Je constatai que le pus avait fusé entre les apophyses transverses. Au moyen de la gouge et du maillet, je *fis sauter l'apophyse transverse de la troisième vertèbre dorsale* et je pus alors placer un gros drain traversant le thorax d'outre en outre et sortant dans la région sous-clavi-

culaire. *Six gros drains* debout furent placés aux limites du décollement, dans l'aisselle et sous l'angle inférieur de l'omoplate.

Cette opération si grave fut suivie d'une *amélioration immédiate*, la fièvre hectique disparut pour ne plus revenir, la suppuration fut tarie d'emblée et le premier pansement put rester dix jours en place. Moins de quinze jours après l'intervention, le malade se promenait au grand air et les forces revenaient à vue d'œil.

Trois semaines après l'opération, je supprimai tous les drains, le poumon paraissait se dilater et reprendre sa situation physiologique. Le trajet situé en avant restait en communication avec la plèvre. Pendant de longs mois, une suppuration légère continua à se faire jour par ce trajet, des adénites suppurées de l'aisselle droite et des régions sus-claviculaires vinrent encore ralentir la marche vers la guérison.

Dans le concours de l'année 1895, les trajets fistuleux persistaient toujours malgré toutes les injections modificatrices employées, mais l'épaule du côté opéré s'affaissait notablement, l'état général était excellent. Cependant la durée de la fistulisation devenait désespérante et je songeais à pratiquer une nouvelle opération. Pour temporiser le malade fut envoyé pendant quelques mois à la campagne. Au mois d'octobre dernier, il nous revint entièrement guéri. Tous les trajets fistuleux sont cicatrisés, l'épaule droite est fortement affaissée, la sonorité du sommet est parfaite et l'auscultation ne révèle pas la moindre anomalie.

Il s'agissait bien dans ce cas d'une suppuration enkystée de la plèvre. Mais de quelle nature était cette suppuration ? Je

n'ai malheureusement pas fait pratiquer l'examen bactériologique du pus ; cependant la guérison par la simple ouverture du foyer éloigne l'idée d'une affection tuberculeuse ; l'âge du malade, l'absence de toute hérédité morbide, l'intégrité du poumon suffisent pour éliminer cette hypothèse. Nous avons pensé au début à une affection actynomycosique, mais ce diagnostic est tout aussi improbable, l'amélioration n'eut pas été aussi rapide et la guérison n'aurait pas eu lieu. La durée de la fistulisation s'explique bien par la lenteur avec laquelle le poumon reprend son volume normal. Nous considérons comme plus que probable qu'il s'agissait d'une *infection pyrogène vulgaire*. Quant à dire d'où est partie l'infection, cela est impossible, peut-être est-ce un corps étranger de l'œsophage qui s'est fait voie vers la plèvre.

OBSERVATION X

(Bézy et Bauby) (1)

Pleurésie purulente du sommet droit chez un enfant de trente mois. — Vomique. — Guérison

G. C..., trente mois. En octobre 1899, après ingestion de fruits gâtés et d'eau sale, diarrhée glaireuse qui dure huit jours, et fait ensuite place à de la constipation, avec crises fébriles, sueurs profuses, un peu de toux et quelques râles disséminés, mais éphémères. Au bout de trois semaines disparition de la fièvre qui reparait tous les quatre ou cinq jours

1. Bézy et Bauby. *Arch. de méd. des enfants*, 1901, p. 32, obs. III.

sous forme d'une poussée (38°5) ; la constipation persiste, langue blanche, ventre ballonné.

En décembre, après refroidissement, syncope et un peu de fièvre. On continue à agir sur l'intestin qui seul attire l'attention. Le 6, poussée de vésicules dans la bouche, renfermant du streptocoque. Jusqu'au 12, fièvre (38°5 à 39°6), langue sale, constipation, toux sans signes stéthoscopiques, amygdales rouges, insomnie, inégalité pupillaire. Séro-diagnostic typhique négatif. Pas de signe de Kernig.

13 décembre. — Toux quinteuse. — 15. Haleine fétide. — 17. Matité, souffle intense, absence de vibrations au sommet droit.

Diagnostic : abcès pleural. — On décide de faire une ponction exploratrice et d'intervenir immédiatement si l'on trouve du pus. Au moment de pratiquer la ponction *vomique* d'odeur infecte (streptocoque, staphylocoque, coli-bacille, microbes très allongés des pleuresies putrides).

Après cette vomique, les phénomènes stéthoscopiques disparaissent et il devient impossible d'aller à la recherche du foyer.

Du 18 décembre au 19 janvier, aggravation. Toux plus fréquente, oppression, petites vomiques. Gros râles humides dans tout le poumon droit. Œdème généralisé, pas d'albuminurie. Fièvre.

Du 19 janvier au 4 février, oligurie, albuminurie, anasarque, faiblesse extrême, amaigrissement considérable. Puis amélioration progressive. En juillet 1900, santé parfaite.

Il reste seulement un peu de matité et d'obscurité respiratoire au sommet droit.

OBSERVATION XI

(G. Carrière et J. Vanverts) (1).

Pleurésie purulente du sommet gauche. —

Résection costale. — Drainage

M. G..., cinquante-six ans. Père mort d'un cancer à cinquante-et-un ans, mère morte en couches, une sœur morte subitement, un frère bien portant.

Pas de graves maladies antérieures. Asthme depuis l'âge de trente ans. Pas d'habitudes alcooliques. Depuis une quinzaine d'années, troubles gastriques. En février 1906, la toux apparaît.

En mars 1906, M. G... eut pendant la nuit deux accès violents de toux. Il ne se souvient pas d'avoir à la suite de ces accès, craché abondamment, mais il a constaté d'une manière très nette que l'expectoration qui était antérieurement difficile, se fit très facilement depuis ce moment.

Le 24 mai 1906, G... vient consulter le Dr Carrière pour sa toux. Cette toux est surtout fréquente la nuit, elle est rare dans la journée. Elle est quinteuse et suivie d'une expectoration abondante, purulente, ne se disposant pas en couches superposées, inodore.

Cette expectoration est exclusivement nocturne et matinale ; elle disparaît dès que le malade se lève. L'oppression est légère ; il n'y a pas de point de côté.

1. G. Carrière et J. Vanverts. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1907, t. XXXIII, p. 335.

L'appétit est faible. G... ne souffre pas de l'estomac, mais après chaque repas, il éprouve une sensation de pesanteur épigastrique, et du ballonnement qui durent deux ou trois heures, sans nausées, ni vomissements, ni renvois. Constipation.

La nuit apparaissent des sueurs profuses.

A cette date du 24 mai 1906, on constate que le poumon et la plèvre droits sont sains.

A *gauche* en arrière, existe une légère rétraction de la région sous-claviculaire qui reste immobile pendant les mouvements respiratoires. Toute la zone sous-claviculaire est submate. Les vibrations se transmettent normalement à son niveau. On constate dans cette région la diminution du murmure vésiculaire, l'existence d'un souffle très léger et très doux, l'absence de bronchophonie et de pectoriloquie aphone. A gauche, et en arrière, au sommet, submatité, vibrations normales, inspiration soufflante, expiration prolongée. Ces signes ne se perçoivent qu'au-dessus de l'épine de l'omoplate.

Urines normales, sauf peptonurie. Foie normal. Rate normale. Cœur sain.

M. G... est maigre, mais il a toujours été ainsi et n'a que peu maigri dans ces temps derniers.

En présence de ces signes, M. Carrière pense d'abord à l'existence d'une tuberculose du sommet du poumon, malgré l'absence, constatée à plusieurs reprises, de bacilles de Koch dans les crachats.

Traitement. — Suralimentation modérée, révulsion au sommet gauche, lavements créosotés, potion à l'acide chlorhydrique et au sulfate de strychnine pour combattre l'asthénie gastrique.

20 juin. — C'est-à-dire un mois après le premier examen : l'état général est le même : un peu d'amaigrissement cependant. Appétit meilleur, digestions normales, constipation diminuée. Les sueurs profuses ont disparu. Il existe un peu d'œdème des pieds. Le foie est un peu gros.

La toux présente toujours les mêmes caractères : elle est nocturne et ne se produit que si le malade se couche horizontalement. L'expectoration nocturne est toujours abondante. L'examen de l'expectoration a une nuit donné les résultats suivants :

Quantité 500 grammes, composition : pus, pas de fibres élastiques, pas de bacilles de Koch, innombrables microbes, (tétagènes diplocoques, streptocoques). Les signes stéthoscopiques n'ont guère changé ; cependant les vibrations vocales sont normales en arrière, et diminuées en avant ; dans la région de l'articulation sterno-claviculaire, souffle léger et pectoriloquie aphone, sans bronchophonie. Peptonurie. Examen du sang : G. R : 3.800.000 ; G. B. : 28.000 (polynucléaires, 78 o/o ; monoculéaires, 9 o/o ; lymphocytes, 12 o/o ; éosinophiles, 6 o/o).

Il était évident qu'une expectoration purulente aussi abondante ne se produisant que dans le décubitus horizontal, devait provenir d'une cavité pulmonaire ou pleurale. Quelle était la nature et quel était le siège de cette caverne ? L'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire, la localisation bien nette de la lésion, le début subit des accidents, l'absence de fibres élastiques et de bacilles de Koch dans les crachats, la conservation d'un état général satisfaisant permettaient d'éliminer l'hypothèse de caverne tuberculeuse. L'existence d'une dilatation bronchique était à reje-

ter en raison du début brusque des accidents, sans affection pulmonaire antérieure, du siège de la lésion qui n'était pas celui de la branchectasie, de la non-superposition des couches dans le liquide expectoré, de la non-fétidité des crachats. L'évolution lente, la conservation d'un assez bon état général, l'absence de crachats noirâtres et fétides, l'absence de fibres élastiques dans le liquide d'expectoration devaient faire écarter l'hypothèse de gangrène pulmonaire. La syphilis pulmonaire qui occupe d'ordinaire la partie moyenne et postérieure du poumon était à rejeter, d'autant qu'il n'existait aucun antécédent syphilitique.

L'absence de fibres élastiques et de débris sphacelés dans le liquide expectoré, la diminution des vibrations thoraciques plaident contre l'hypothèse d'une caverne pulmonaire et en faveur d'un *pyo-pneumothorax du sommet ouvert dans les bronches*.

Traitement. — Suralimentation. Inhalations d'eucalypus. Ingestion de cacodylate de soude et de thiocol.

En septembre, l'état général est moins bon, l'amaigrissement s'est accentué. Légère albuminurie. Légère augmentation de la rate. Œdème des jambes.

La toux présente toujours les mêmes caractères. En arrière les signes stéthoscopiques n'ont pas changé. En avant la matité est plus étendue (deux premiers espaces intercostaux), le souffle est plus fort, à timbre légèrement caveux, accompagné de gargouillement, de bruit de fistule ; la voix est caveuse ; il existe du bruit d'airain, de la pectoriloquie aphone.

Les crachats ne renferment ni fibres élastiques, ni bacilles de Koch.

La *radioscopie* montre l'existence d'une opacité au niveau de la région sous-claviculaire (1).

Après consultation entre les D^{rs} Carrière et Vanverts, l'intervention est reconnue nécessaire en raison de l'aggravation de l'état général, de l'existence de signes qui font craindre la dégénérescence amyloïde du foie et des reins, de la localisation parfaite de la lésion et de la nature non tuberculeuse de celle-ci.

Opération (25 sept. 1906). — Incision le long de la deuxième côte, commençant un peu en dehors du bord gauche du sternum et mesurant 10 centimètres environ. Résection sous-périostée de 5 centimètres de cette seconde côte. A la partie interne de la plaie, dans la profondeur on aperçoit du tissu cellulaire lâche sous lequel on ne sent aucune induration. Dans les deux tiers externes de la plaie, au contraire, les tissus profonds sont indurés et gris bleuâtre. J'incise superficiellement ces tissus au bistouri, puis je les effondre avec le doigt et je pénètre à quelques millimètres de profondeur dans une cavité à parois irrégulières qui communique en arrière par un orifice étroit avec une autre cavité plus volumineuse, à parois lisses, limitée en arrière et à gauche par le gril costal, en bas par le poumon. Ces deux cavités sont vides (le malade les a vidées le matin au réveil). On n'entend aucun sifflement d'air, ni à l'inspiration, ni à l'expiration.

J'excise encore 2 centimètres de la seconde côte en dehors. Un drain n° 45 est placé dans la poche postérieure à travers

1. Cette première partie de l'observation est due à M. le professeur agrégé Carrière.

l'orifice qui la fait communiquer avec l'antérieure et que j'ai agrandi. La plaie est légèrement rétrécie par quelques sutures.

L'opération, très simple et rapidement menée, a été très bien supportée.

Dans la soirée frissons et élévation de la température à 40 degrés.

26 septembre (lendemain de l'opération). — Matin : Etat satisfaisant. Pouls bien frappé. Température 37°5. Le suintement par le drain a été peu abondant. Soir : 38°5. Expectoration assez abondante pendant la nuit.

27 septembre. — Matin 38°5. Le suintement par le drain a été un peu plus abondant. A peine avais-je enlevé le pansement qu'un écoulement extrêmement abondant de sang rouge, sans caillots, se produit par le drain. A chaque aspiration, un véritable flot de sang est expulsé. L'air entre dans la cavité et en sort à chaque mouvement respiratoire. Une quinte de toux amène quelques crachats sanglants. Le malade pâlit.

J'enlève le drain et fait un tamponnement de la cavité avec de la gaze. La gaze s'imbibe rapidement de sang et l'écoulement se reproduit très abondant. J'enlève la gaze et fais un second tamponnement plus serré, puis j'exerce avec un bandage de corps une forte compression.

L'opéré est mis au calme absolu. Il absorbera des boissons froides et 4 grammes de chlorure de calcium dans la journée. 1500 grammes de sérum artificiel sont injectés en trois fois dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le soir, le pouls qui était monté à 140 après l'hémorragie est revenu à 120, mais il est petit. Je constate que le

pouls radial gauche est semblable au pouls radial droit (constatation que j'avais déjà faite aussitôt après le tamponnement).

28 septembre. — Etat de faiblesse accusé. Pouls meilleur. Matin 38°5 ; soir 39°8. Le chlorure de calcium est continué, 500 grammes de sérum.

29 septembre. — Matin 39°7. Après hésitation, je me décide à enlever le tamponnement pour assurer l'évacuation des liquides septiques. L'hémostase doit s'être faite puisque le tamponnement date de quarante-huit heures. A peine ai-je commencé à attirer quelques mèches de gaze que l'écoulement de sang rouge se reproduit, plus abondant que précédemment et se fait en même temps par la bouche. C'est une véritable inondation contre laquelle tous mes efforts restent vains. En deux ou trois minutes l'opéré perd connaissance. Son pouls très faible se ralentit : L'hémostase se fait alors spontanément et le sang qui s'écoule peu abondamment devient noir. La mort survient au bout de dix minutes environ. Malgré le tamponnement serré de la cavité, les deux pouls radiaux étaient restés semblables.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Pleurésie purulente du sommet gauche. — Résection costale et drainage. — Guérison.

B..., garçon de deux ans et demi. Bien portant jusqu'alors, l'enfant depuis une huitaine de jours était devenu de plus en plus maussade et refusait tout aliment. La mère ayant remarqué sur le côté gauche de la poitrine, au niveau du

mamelon, une tuméfaction, avait pensé que son enfant allait avoir un abcès et l'avait couvert de cataplasmes. Ne constatant pas d'amélioration et ne voyant pas d'abcès s'ouvrir, elle s'inquiéta et voulut consulter (12 août 1901).

L'enfant était étendu tout habillé sur un lit, assez agité, d'aspect févreux, les pommettes rouges. La température s'élevait à 39 degrés. Le pouls n'offrait aucune particularité. La respiration était normale.

A l'inspection, les deux côtés de la poitrine étaient sensiblement de mêmes dimensions. Au niveau du sein gauche, la paroi était augmentée de volume, présentant une voussure mal circonscrite rouge, chaude au toucher, pas franchement œdémateuse, mais conservant cependant à son pourtour une faible dépression à la suite d'une pression prolongée. Des traînées rouges en fusées s'étendaient vers l'aisselle où l'on trouvait au palper des ganglions lymphatiques augmentés de volume et paraissant douloureux.

L'auscultation ne révéla rien de très particulier. La respiration s'entendait jusqu'au bas du poumon. Le murmure vésiculaire, bien qu'amoindri, s'entendait également dans la partie supérieure où on ne constatait ni râles ni souffle. Il existait une matité très nette en avant au-dessus du mamelon, de la submatité en haut en arrière, tandis que la partie inférieure du thorax (côté gauche) était absolument sonore. Le cœur n'était pas sensiblement déplacé. Du côté droit de la poitrine tout était normal.

Nous pensâmes à la formation d'une collection purulente dont la cause nous échappait et nous fîmes mettre un pansement humide.

Le 13. — Etat stationnaire.

Le 14. — L'état était sensiblement le même, mais auprès du mamelon, on percevait une très légère fluctuation. Je prévins les parents que j'inciserais l'abcès le lendemain matin.

Le 15, au matin, il s'était spontanément fait une ouverture par laquelle suintait un pus jaune verdâtre. J'agrandis la plaie. Un trajet fistuleux de 3 centimètres se dirigeait vers la poignée du sternum.

Du 16 au 24, les pansements furent changés deux fois par jour ; le pus coulait assez abondamment. La température était toujours oscillante entre 37 degrés le matin et 38 ou 38°5 le soir. L'enfant un peu gêné pour respirer.

Le 25, un second point de fluctuation m'obligea à intervenir à un travers de doigt en dehors de la première incision. Je trouvai un trajet se dirigeant vers l'aisselle par lequel s'écoula une grande quantité de pus. Le petit malade fut soulagé par l'intervention. Dans la journée, un mieux sensible se produisit, mais dès le lendemain, bien que plus légère, la dyspnée réapparut.

Un diagnostic complet et précis était encore à cette date si difficile qu'un professeur d'une école de Médecine voisine, qui était venu faire une opération dans la région et qui vit le malade, pensa à une carie costale d'origine tuberculeuse et me conseilla de faire des lavages, grattages au besoin et des injections d'éther iodoformé.

Cependant je pensai à la possibilité d'une communication avec une collection intra-thoracique sous-jacente ; et, la famille refusant de laisser transporter l'enfant à l'hôpital, je dus intervenir de nouveau.

Une ponction exploratrice faite dans le cinquième espace

intercostal ne donna issue à aucun liquide. Par contre, au-dessus de la quatrième côte la ponction amena du pus franc.

Je mis la côte à nu et incisai franchement l'espace intercostal sus-jacent ; il sortit une grande quantité de pus mélangé de gaz, que je ne laissai s'écouler que peu à peu, le petit malade étant penché légèrement sur le côté. Je drainai avec un large tube de caoutchouc et lavai à l'eau bouillie sans pression. L'état de l'enfant s'améliora très rapidement ; la dyspnée cessa ; la matité qui avait diminué dans la partie supérieure après chaque incision, disparut aussitôt après cette dernière intervention, la température tomba complètement ; un mois de soins journaliers amena la guérison complète (1^{er} oct. 1901).

Deux ans après (avril 1903) la mère fit de la tuberculose aiguë et mourut en six mois (novembre 1903).

Un an plus tard (octobre 1904) le petit malade, alors âgé de cinq ans et demi fit du même côté que précédemment une nouvelle pleurésie purulente, mais plus bas située.

Je ne fus demandé que le 26 octobre : la cage thoracique présentait une déformation très marquée du côté malade ; les côtes étaient comme soulevées, la paroi œdématiée, la matité complète, le cœur fortement dévié à droite. Une ponction exploratrice prouve la présence du pus.

L'enfant était abattu, dyspnéique, pâle, amaigri, mais réclamait des aliments. La fièvre à oscillations quotidiennes était cependant peu élevée, 38 degrés à 38°5.

Pour des circonstances indépendantes de tous, l'enfant ne fut point transporté de suite à l'hôpital.

Deux jours plus tard une voussure en forme de tumeur extra-thoracique étalée se forma à la partie antéro-latérale

de la poitrine, à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, tumeur étalée et arrondie au centre de laquelle on perceoit des battements isochromes aux battements du poulx, battements se traduisant par un choc sans thrill et sans souffle. Dans le reste du poumon règne un silence absolu, pas de murmure respiratoire.

Je réussis à décider le père à emmener son enfant à l'hôpital où je l'envoyai d'urgence avec le diagnostic d'empyème de nécessité pulsatile. Le petit malade eut une vomique en cours de route si bien qu'il se présenta à l'hôpital avec des signes pseudo-cavitaires.

On le refusa en chirurgie et on l'admit dans un service de médecine, me faisant prévenir que mon petit malade, tuberculeux à la dernière période, serait mort dans trois jours, un mois et demi après cependant on lui réséqua deux côtes et il guérit.

J'eus de ses nouvelles l'année suivante. Il était en parfait état de santé.

CONCLUSIONS

La pleurésie purulente peut se trouver localisée au sommet ; elle refoule alors le poumon plus ou moins directement en bas, et se met en haut en contact avec les gros vaisseaux et les organes profonds de la base du cou.

La pleurésie purulente du sommet est une affection rare.

Elle peut se développer à la suite de la pneumonie du sommet, cas le plus fréquent, ou sous l'influence de la tuberculose, de l'abcès, de la gangrène pulmonaire ; exceptionnellement au cours d'une infection générale.

Le siège du pus à la partie supérieure du thorax peut entraîner un tableau clinique assez spécial : la voussure sous-claviculaire peut s'accompagner des signes ordinaires d'épanchement pleural à l'endroit même où dans les pleurésies de la grande cavité on est habitué à trouver les signes inverses.

D'autre part, il peut exister des troubles très particuliers de compression vasculaire ou nerveuse portant surtout sur le grand sympathique cervical ou les vaisseaux et nerfs du membre supérieur.

L'empyème de nécessité et la vomique sont des complications assez fréquentes.

Livrée à elle-même, la pleurésie purulente du sommet est une affection grave.

Le diagnostic est ordinairement très difficile à établir, soit avant, soit après la vomique.

Il doit reposer sur un examen très détaillé des symptômes, la ponction exploratrice et les résultats fournis par la radioscopie.

La vomique, quand elle survient, et ce n'est pas la règle, n'entraîne pas nécessairement la guérison ; par conséquent, dès que le diagnostic est nettement posé, il est préférable de recourir au traitement chirurgical.

La ponction faite dans un but curatif ne devra être considérée que comme une exception.

L'ouverture large de l'empyème doit être précoce. Elle sera accompagnée de résection costale toutes les fois que cela sera nécessaire pour assurer l'évacuation complète de la poche et un bon drainage consécutif.

Vu : Le Président de la thèse

ALBARRAN

Vu : le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Andral.* — Clinique médicale, II, Paris, 1824.
- Aran.* — De la thoracentèse, ses indications et ses contre-indications dans la pleurésie. *Gazette des hôpitaux*, 21 août 1860, p. 390.
- Bergeron.* — Guérison par la thoracentèse sous-claviculaire dans une pleurésie purulente localisée au sommet, in *thèse Langlois*, p. 38.
- Bézy et Bauby.* — Suppuration de la plèvre. *Archives de médecine des enfants*. Paris, 1901, p. 30.
- Boncour (Paul).* — Considérations cliniques et thérapeutiques sur les pleurésies purulentes de l'enfance. *Th. Paris*, 1897, n° 68.
- Bowier.* — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux. Paris, 1864, 2^e s., I, p. 141.
- Brodier (Léon).* — De la répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale. *Th. Paris*, 1895, n° 220.
- Burney Yeo (J.).* — De la pleurésie du sommet sans tuberculisation sous-jacente. *Brit. med. assoc.*, in *British med. Journal*, 25 août 1877, p. 250.
- Carrière et Vanverts.* — De la pleurésie purulente du sommet. *Nord Méd.*, juillet 1907.

De Cérenville. — Résection des côtes. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886.

Chevalier. — Des adhérences pleurales et notamment des adhérences phréno-costales dans les pleurésies avec épanchement. *Th. Lyon*, 1882.

Comby. — Pneumonie franche du sommet droit suivie de pleurésie enkystée. Vomique le vingt-huitième jour. Pneumothorax partiel. Guérison. *France médicale*, 2 mai 1885, p. 601.

Concato. — De la pleurite multiloculaire. *Rivista clinica di Bologna*, 1880.

Cornell (S.). — De la localisation fréquente des pleurésies circonscrites à la région des omoplates. *New-York med. record*, 11 avril 1891, p. 47.

Cuffer. — De la congestion pulmonaire dans la pleurésie. *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, 10 mai 1894.

Danesi. — Caso di pleurite poliloculare. *Imparziale.*, 1881, 15 juin, n° 11.

Douillet. — Sur un cas d'empyème enkysté suivi de vomique. *Dauphiné méd.*, 1892, XVI, p. 141.

Duplant. — Pneumothorax enkysté. *Lyon méd.*, 1902, XCIX, p. 220.

Gailliard. — Pleurésie polymorphe. *Soc. méd. des hôp.*, 18 janv. 1895.

Gutierre Cachera. — Des pleurésies cloisonnées. *Th. Paris*, 1884.

Graves (R.-J.). — Leçons de clinique médicale, trad. et annotées par Jaccoud, abcès péri-pneumoniques, II, p. 70.

- Guinon (L.)*. — Pleurésies chroniques avec épaississement considérable de la plèvre. *Bull. soc. anat.*, nov. 1877.
- Jaccoud*. — Sur le pneumothorax partiel. *Leç. de chir. méd.* Paris, 1885, p. 195 et 215.
- Laënnec*. — Traité de l'auscultation médicale, édit. de la Faculté, 1879.
- Lambotte*. — Un cas de pleurésie purulente du sommet. *Ann. soc. de méd. d'Anvers*, 1896.
- Langlois*. — Contribution à l'étude des pleurésies partielles et de la pleurésie du sommet. *Th. Paris*, 1895.
- Lelu*. — Pleurésie purulente enkystée, empyème; vomique consécutive, bronchorrhée, guérison. *France méd.*, 1879, XXVI, p. 202 et 211.
- Lereboullet (L.)*. — Des pleurésies multiloculaires. *Gaz. hebd. de méd. et chir.* Paris, 1879, n^{os} 19 et 25.
- Maragliano*. — De la pleurite multiloculaire. La salute de Genova, 1880.
- Mouisset*. — De la sensation de flot dans les épanchements pleuraux. *Th. Lyon*, 1887.
- Netter*. — Art. pleurésies purulentes, in *Traité des mal. de l'enfance*, Grancher, Comby, Marfan. Paris 1898, IV, p. 279.
- Peter*. — Clinique méd., 2^e éd., I, p. 574.
- Piorry*. — *Lancette française*, 12 mars 1829, I, n^o 57.
- Raynaud (M.)*. — De la pleurésie multiloculaire. *Bull. acad. méd.*, mai 1879.
- *Gaz. des hôp.*, 1^{er} mai 1879.
- Rispal*. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 15 déc. 1894.
- Rivet*. — De la voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant. *Th. Paris*, 1880.

Saint-Philippe. — Relation d'un cas de pleurésie enkystée du sommet. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1877, n° 21.

— Nouveau fait de pleurésie enkystée guérie, ayant longtemps simulé la phtisie pulmonaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, sept. 1878, p. 60.

Sorel. — Sur les adhérences pleurales anciennes. *Union méd.*, 14 juillet 1883.

Terrier et Raymond. — Chirurgie de la plèvre et du poumon. *Paris* 1899, p. 154.

Thuvien. — Etude clinique sur les adhérences pleurales. *Th. Paris*, 1884.

Vanverts et Dancourt. — Des pleurésies purulentes enkystées. *Arch. prov. de chir.*, 1904, XIII, p. 129, 232, 271.

Vilimirovitch. — Etude sur la pleurésie médiastine en particulier chez l'enfant. *Th. Paris*, 1892, n° 308.

